

RAPPORT

2020

FOLKEHELSEUNDERSØKELSEN I ROGALAND:

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Jens Christoffer Skogen

Thomas Sevenius Nilsen

Gunnhild Johnsen Hjetland

Marit Knapstad

Ragnhild Bang Nes

Leif Edvard Aarø

Øystein Vedaa

**Folkehelseundersøkelsen i
Rogaland 2020:
Fremgangsmåte og utvalgte resultater**



Jens Christoffer Skogen
Thomas Sevenius Nilsen
Gunnhild Johnsen Hjetland
Marit Knapstad
Ragnhild Bang Nes
Leif Edvard Aarø
Øystein Vedaa

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for helsefremmende arbeid
Desember 2020

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Rogaland:
Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfattere

Jens Christoffer Skogen
Thomas Sevenius Nilsen
Gunnhild Johnsen Hjetland
Marit Knapstad
Ragnhild Bang Nes
Leif Edvard Aarø
Øystein Vedaa

Bidragstere Folkehelseinstituttet:

Liv Grøtvedt
Rune Johansen
Ole Trygve Stigen
Avdeling for IT-systemer Bergen
Avdeling for helsedatamottak Bergen

Andre bidragstere:

Rogaland fylkeskommune

Oppdragsgivere:

Rogaland fylkeskommune
Prosjektleder, Rogaland fylkeskommune: Rune Thorkildsen Slettebak

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk 978-82-8406-147-4

Emneord (MeSH):

Befolkningsstudier, fylker, helse, helsereelatert atferd, levekår, livskvalitet, nærmiljø, psykisk helse, sosial ulikhet, utvalgsundersøkelse.

Sitering: Skogen JC, Nilsen TS, Hjetland GJ, Knapstad M, Nes R, Aarø LE, Vedaa Ø.

Folkehelseundersøkelsen i Rogaland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Rapport 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

Innhold

Utvalgte funn	6
Rogaland sammenlignet med andre fylker	6
Regioner i Rogaland	6
Kjønn	6
Alder	7
Utdanning	7
Sammendrag	8
Om rapporten og metodisk tilnærming	8
Rogaland sammenlignet med andre fylker	9
Forskjeller mellom regionene i Rogaland	10
Kjønnforskjeller	11
Alder	11
Utdanning	12
Viktige forbehold	13
1 Introduksjon	14
2 Metode	15
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	15
2.2 Om deltakelsen i denne undersøkelsen	18
2.3 Spørreskjemaet	21
2.4 Spørsmålsoversikt	22
2.4.1 Kjønn, alder og utdanning	22
2.4.2 Trivsel	22
2.4.3 Trygghet	22
2.4.4 Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt	22
2.4.5 Deltakelse i aktiviteter	23
2.4.6 Generell helse	23
2.4.7 Besøk hos tannlege eller tannpleier	23
2.4.8 Fornøyde med tilværelsen	23
2.4.9 Høyde og vekt	23
2.4.10 Psykiske plager (HSCL-5)	24
2.4.11 Søvn	24
2.4.12 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse	24
2.4.13 Sosial støtte	25
2.4.14 Ensomhet	25
2.4.15 Fysisk aktivitet	25
2.4.16 Kosthold	26
2.4.17 Tobakk: Røyking og bruk av snus	26
2.4.18 Alkohol	26
2.4.19 Skader	27
2.4.20 Støy	27
2.4.21 Livskvalitet	27
2.4.22 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon	29
2.4.23 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Rogaland	29
2.5 Statistiske analyser	30

3 Resultater	33
3.1 Alder: Regioner i Rogaland	34
3.2 Kjønn: Regioner i Rogaland	35
3.3 Utdanningsnivå: Regioner i Rogaland	36
3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Rogaland	37
3.5 Kultur- og idrettstilbud	38
3.6 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud	41
3.7 Offentlig transport	44
3.8 Natur- og friluftsområder	47
3.9 Parker og andre grøntareal	50
3.10 Gang- og sykkelveier	53
3.11 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet	56
3.12 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	59
3.13 Plaget av støy fra trafikk hjemme	62
3.14 Plaget av annen støy hjemme	65
3.15 Sosial støtte	68
3.16 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri)	71
3.17 Daglig inntak av frukt og bær	74
3.18 Daglig inntak av grønnsaker	77
3.19 Inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere	80
3.20 Daglig røyking	83
3.21 Daglig snusing	86
3.22 Driker alkohol 2 ganger i uken eller oftere	89
3.23 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere	92
3.24 Andel med fedme (KMI 30+)	95
3.25 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken	98
3.26 Antall timer stillesitting i hverdagen	101
3.27 Andel som rapporterte økonomiske vansker	104
3.28 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	107
3.29 Andel som i stor grad føler seg trygge	110
3.30 Fornøyde med tilværelsen	113
3.31 Plaget av søvnproblemer siste uke	116
3.32 Andel med god eller svært god helse	119
3.33 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	122
3.34 Andel med god eller svært god tannhelse	125
3.35 I stor grad påvirket grunnet helseproblemer	128
3.36 Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder	131
3.37 Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade	134
3.38 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager	137
3.39 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	140
3.40 Fornøydhet med livet	143
3.41 Det man gjør i livet er meningsfylt	146
3.42 Negative følelser siste 7 dager	149
3.43 Positive følelser siste 7 dager	152
3.44 Ensomhet	155
3.45 Sosiale relasjoner	158
3.46 Folk flest er til å stole på	161
3.47 Stedstilhørighet	164
3.48 Trygg på stedet	167
3.49 Engasjert	170

4 Oppsummering av resultater og diskusjon	173
4.1 Gjennomgang av funn etter tema	173
4.1.1 Materialets demografiske sammensetning	173
4.1.2 Tilgang på tjenester og fasiliteter	174
4.1.3 Deltakelse i aktiviteter og engasjement	176
4.1.4 Kosthold, fysisk aktivitet og fedme	178
4.1.5 Røyking, snus og bruk av alkohol	180
4.1.6 Selvrappoertert helse, skader og funksjonsevne	182
4.1.7 Psykiske plager og aspekter av livskvalitet	185
4.1.8 Sosial interaksjon og sosial kapital	188
4.1.9 Andre utfallsmål (støy, knapt med penger i husholdningen)	192
4.2 Begrensninger ved datagrunnlaget	193
4.2.1 Representativitet og skjevheter	193
4.2.2 Spørreskjema og måleinstrument	194
4.2.3 Korona-pandemien	195
5 Referanser	196
Appendiks 1: Spørreskjema	197
Appendiks 2: Tabell (tillegg)	198

Utvalgte funn

- 78 prosent av de som besvarte undersøkelsen er fornøyde med tilværelsen
- 90 prosent svarer at de opplever middels eller god sosial støtte
- 76 prosent opplever sin egen helse som God eller Svært god
- 77 prosent trives Godt eller Svært godt i nærmiljøet

Rogaland sammenlignet med andre fylker

- Andel som synes det er vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til var lavere i Rogaland enn i tre andre fylker vi kunne sammenligne med.
- Andel som oppgav Svært god eller God tilgang på tjenester og fasiliteter var på de fleste områder minst like høy eller høyere i Rogaland enn i andre fylker (Kultur- og idrettstilbud, Butikker, spisesteder og andre servicetilbud, Offentlig transport, Parker og andre grøntarealer, Godt eller Svært godt utbygde gang- og sykkelveier).
- Rogaland hadde en lavere prosentandel med en kroppsmasseindeks på minst 30 enn de tre sammenligningsfylkene.
- Andel som rapporterte at de hadde vært utsatt for skade som de måtte oppsøke hjelp for hos lege eller tannlege var lavere i Rogaland enn i fem andre fylker vi kunne sammenligne med.

Regioner i Rogaland

- Nord-Jæren kom best ut på tilgang til offentlig transport. Høye andeler rapporterte om Svært godt eller Godt utbygde Gang- og sykkelveier på Sør-Jæren og Nord-Jæren.
- Ryfylke og Dalane kom ut med lavest tall for Kultur- og idrettstilbud, tilgang på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud, Offentlig transport og utbygde Gang- og sykkelveier.
- Nord-Jæren hadde høyere tall for stillesitting, men også lavere andel med fedme enn noen av de andre regionene. Sammen med Dalane hadde Nord-Jæren høyest andel som er moderat fysisk aktive (eller mer aktive). Nord-Jæren hadde også høyere andel som sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk.
- Nord-Jæren var den regionen som trakk ned tallene på røyking og trakk opp tallene på alkoholbruk i Rogaland.
- Ryfylke kom positivt ut på tre av de utfallsmålene som kan betraktes som indikatorer på sosial kapital: Trygghet i nærmiljøet (sammen med Dalane), Tillit til andre og Stedstilknytning (Dalane nesten like bra).

Kjønn

- Kvinner kom bedre ut enn menn på tre av fire kostholdsvariabler og de sitter stille (i gjennomsnitt) noe kortere tid enn mennene i hverdagen.
- Bruken av snus og alkohol var langt mer utbredt blant menn enn blant kvinner.

- Kvinnene kom bedre ut enn mennene på rapportert tannhelse og på det å ha vært hos tannlege eller tannpleier siste to år.
- Andelen skadede siste 12 måneder var litt høyere blant menn enn blant kvinner.
- En litt større andel blant kvinner enn blant menn rapporterte helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen.
- På de variablene som er nært knyttet til psykisk helse (psykiske plager, negative følelser, positive følelser, søvnproblemer), kom kvinnene noe mindre gunstig ut enn mennene.
- Gjennomsnittlig hadde kvinnene høyere skår enn det mennene hadde på gjensidig positive sosiale relasjoner.

Alder

- Jo høyere alder, desto sunnere kosthold, og desto lavere andel var det som rapporterte at de brukte snus daglig.
- Andel som rapporterte at de drakk alkohol minst to ganger per uke øker med alderen, men det episodisk høye forbruket var høyest blant de yngste (18-29).
- På flere utfallsmål som har med psykisk helse og livskvalitet å gjøre, blir tallene bedre med økende alder, for eksempel økning i Trivsel og Trygghet i nærmiljøet, Positive følelser, det å oppleve tilværelsen som Meningsfull og Stedstilhørighet. Gjennomsnittlig skår på Psykiske plager gikk ned med økende alder.

Utdanning

- Jo høyere utdanning, desto høyere andeler rapporterte at de deltar i organiserte og andre aktiviteter og desto høyere skår på opplevelsen av Engasjement.
- Bruken av tobakk og det episodisk høye forbruket av alkohol synker med økende utdanning.
- Jo høyere utdanning, desto bedre utfall på kostholdsvariablene, fedme og fysisk aktivitet.
- Når det gjelder selvrapportert helse, skader og funksjonsevne i hverdagen, blir det meste bedre med økende utdanningsnivå.
- Med stigende utdanning fant vi en nedgang i Psykiske plager, opplevelsen av Negative følelser, Ensomhet og Søvnproblemer og en økning i Fornøydhet med livet, det å oppleve tilværelsen som Meningsfylt, det å føle seg Trygg i nærmiljøet, Tillit til andre, opplevelse av Sosial støtte (middels eller høg) og Gjensidig positive sosiale relasjoner.
- Stillesittingen (gjennomsnittlig antall timer per dag) øker med utdanningsnivå.

Sammendrag

Om rapporten og metodisk tilnærming

I denne rapporten presenteres bakgrunn, metode og gjennomføring av Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020 og en del utvalgte resultater.

Områdene som blir dekket i denne rapporten inkluderer blant annet tilgang til tjenester og fasiliteter, helsereelatert atferd, selvrappoert helsetilstand, ulykker, nedsatt funksjonsnivå, ulike aspekter ved sosialt miljø og nærmiljø, psykiske plager og aspekter av livskvalitet. Vi analyserer slike forhold på tvers av kjønn, alder, utdanning og region innen fylket. Vi presenterer også resultater for Rogaland som helhet og sammenligner med de fylkene som tidligere har gjennomført undersøkelsen. Datainnsamlingen ble gjennomført av Folkehelseinstituttet på vegne av Rogaland fylkeskommune i perioden 14. september til 5. oktober 2020.

Vi diskuterer også ulike begrensninger knyttet til representativitet og frafall. Disse begrensningene må en ta høyde for når en skal vurdere funnene som blir presenterte i rapporten.

De presenterte resultatene gir bare et første, nokså beskrivende bilde av det som ligger av informasjon i dette datamaterialet. Anonymiserte data vil bli gjort tilgjengelige for Rogaland fylkeskommune og andre, mens aktuelle forskningsmiljø kan søke om utvidet tilgang til datamaterialet fra undersøkelsen. Kommunene får i en separat rapport egne tabeller som viser lokale resultater.

Utvalget som ble invitert til å være med var voksne fra 18 år og oppover. Hvor stor prosentdel av den voksne befolkningen som ble trukket ut i hver kommune, bydel eller valgkrets varierte. Dette for å sikre et større antall deltakere der folketallet var lavt. Det ble purret to ganger. Av alle som ble invitert til å delta i undersøkelsen, var det 45,2 % som svarte på skjemaet.

Blant de 35 191 som svarte var 53,3 % kvinner. Gjennomsnittsalderen var 47,6 år. Omtrent halvparten (50,6 %), oppgav at de hadde utdanning fra høgskole eller universitet (vektede tall). Personer med utdanning fra høgskole eller universitet er sannsynligvis overrepresenterte blant de som deltok i undersøkelsen. Vi har også en underrepresentasjon særlig av unge menn og eldre kvinner.

I denne rapporten har vi vektet ned kommuner, bydeler og valgkretser der vi har trukket ut høye andeler av befolkningen og vektet opp der vi har trukket ut lave andeler. Dette er gjort for å sikre at hvert område får en innflytelse på totaltallene som svarer til befolkningsstørrelsen (18 år og eldre).

I analysene av data skiller vi mellom fem regioner i Rogaland: Dalane, Sør-Jæren, Nord-Jæren, Ryfylke og Haugalandet. I analysene der vi sammenligner regioner, justerer vi statistisk¹ for kjønn, alder og utdanning, men vi presenterer både ujusterte og justerte tall. Analysene av sammenhenger mellom alder og utfallsvariabler blir gjort separat for menn og kvinner. Det samme gjelder sammenhengene mellom utdanningsnivå og utfallsvariabler².

¹ Å justere statistisk vil i denne sammenhengen si at vi regner ut tall for ulike regioner under forutsetning av at gruppene er like med hensyn til fordelinger på kjønn, aldersgrupper og utdanningsgrupper.

² Utfallsvariabler betyr det samme som avhengige variabler eller kriterievariabler. Dette til forskjell fra prediktorer eller uavhengige variabler.

Men her justeres det for alder, og alle som er 25 år eller yngre samt de som er under utdanning er her tatt ut av analysene.

Prosentdelen som oppgir at de har utdanning på universitets- eller høgskolenivå er klart høyere blant kvinner enn blant menn i dette utvalget fra Rogaland (54,2 % og 46,4 %) (vektede tall). En tilsvarende kjønnsforskjell, noen ganger litt større, andre ganger litt mindre, finner vi i alle regionene i fylket. Også nasjonalt er andelen med utdanning på universitets- eller høgskolenivå høyere blant kvinner enn blant menn.

Rogaland sammenlignet med andre fylker

Undersøkelsen i Rogaland i 2020 ble gjennomført med et revidert skjema som ble utarbeidet våren 2018, og som senere ble utvidet ved at en la inn spørsmål om livskvalitet. På til sammen 46 utfallsvariabler sammenligner vi med tall fra undersøkelsene som ble gjennomført i Troms og Finnmark våren 2019, i Agder høsten 2019 og i Nordland våren 2020. På 21 av utfallsvariablene kan vi sammenligne også med undersøkelser gjennomført i Hordaland våren 2018 og i Sogn og Fjordane våren 2019.

Variasjonen over fylker har tidligere vist seg å være nokså beskjeden. På noen punkter skiller Rogaland seg likevel litt ut fra de andre fylkene.

Andel som oppgav Svært god eller God tilgang på tjenester og fasiliteter var høyere i Rogaland enn i de andre fylkene på følgende områder: (i) Kultur- og idrettstilbud (nokså likt Agder), (ii) butikker, spisesteder og andre servicetilbud, (iii) offentlig transport og (iv) parker og andre grøntarealer. Dessuten kom Rogaland ut med en høyere andel som rapporterte om (v) godt eller svært godt utbygde gang- og sykkelveier.

Rogaland ligger høyest av de fire fylkene vi har sammenlignbare data fra på andel som er fysisk aktive (så mye at de blir andpustne og svette minst 4 ganger per uke i minst ½ time hver gang) (22,4 %), men her er forskjellene små. Samtidig ligger Rogaland høyest på gjennomsnittlig antall timer stillesitting per dag i hverdagen (6,9 timer). Rogaland har den klart laveste prosentandelen med en kroppsmasseindeks på minst 30 (16,2 %).

I datamaterialet fra Rogaland er andelen dagligrøykere (7,9 %) litt lavere enn i de dataene vi har fra andre fylker. Andel som bruker snus daglig er litt høyere enn andel dagligrøykere (11,4 %). Men samtidig er tallene for alkoholbruk relativt høye med 22,2 % som drikker alkohol minst to ganger per uke og 19,2 % som har det vi kaller et episodisk høyt forbruk (månedlig 6 alkoholenheter eller mer ved en og samme anledning).

På alle utfallsmål som dreier seg om selvrapportert helse (generell helse, tannhelse), selvrapporterte skader (alvorlige nok til at de måtte oppsøke lege eller tannlege) og funksjonsevne i hverdagen, var tallene basert på datamaterialet fra Rogaland gunstigere enn i dataene fra de øvrige fylkene eller på linje med de beste av de øvrige fylkene.

Rogaland fylke skilte seg lite fra andre fylker på psykiske plager, livskvalitet og på utfallsmålene som beskrevet under overskriften «Sosial interaksjon og sosial kapital».

I materialet fra Rogaland var andelen som rapporterte at de hjemme plages av støy fra andre kilder enn trafikk så vidt høyere enn i de andre fylkene der vi har gjennomført folkehelseundersøkelser.

Andel som rapporterte at de har problemer med å få pengene i husholdningen til å strekke til, er klart lavere i Rogaland (16,8 %) enn i noen av fylkene der vi tidligere har stilt dette spørsmålet.

*Forskjeller mellom regionene i Rogaland***Regioninndelingen som er brukt i denne rapporten:****Dalane:** Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim**Sør-Jæren:** Hå, Klepp, Time, Gjesdal**Nord-Jæren:** Stavanger, Sandnes, Sola og Randaberg**Ryfylke:** Strand, Hjelmeland, Suldal, Sauda, Kvitsøy**Haugalandet:** Haugesund, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira, Vindafjord

Innen Rogaland fylke er der stor variasjon når det gjelder hvordan deltakerne i undersøkelsen vurderer tilgang til offentlig transport. Best ut kom Nord-Jæren. Dårligst ut kom Dalane. Høye andeler rapporterte om Svært godt eller Godt utbygde Gang- og sykkelveier på Sør-Jæren og Nord-Jæren, mens tallene for Ryfylke og Dalane ligger temmelig lavt. Ryfylke og Dalane kom ut med lavest tall for Kultur- og idrettstilbud og for tilgang på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Ingen regioner var best på alt eller dårligst på alt.

Forskjellene i kosthold, fysisk aktivitet og fedme mellom regioner i Rogaland var jevnt over små. Den største forskjellen mellom regionen med høyeste og laveste prosenttall finner vi for det å sjelden eller aldri drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk der Nord-Jæren hadde det høyeste tallet og Sør-Jæren det laveste. Andel med fedme var lavere i Nord-Jæren enn i noen av de andre regionene. Antall timer stillesitting på hverdager var høyere på Nord-Jæren enn i de andre regionene, men Nord-Jæren hadde også den nest høyeste andelen som var moderat eller svært fysisk aktive.

Nord-Jæren er den regionen som trekker ned tallene på røyking og trekker opp tallene på alkoholbruk i Rogaland. Det episodisk høye forbruket av alkohol (andel som oppgir at de drikker minst seks enheter alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere) var minst utbredt i dataene fra Ryfylke, men kontrastene til de andre regionene, bort sett fra Nord-Jæren, var små.

Forskjellene mellom regionene var små på alle de utfallsmålene som dreier seg om selvrapportert helse, selvrapporterte skader og funksjonsevne i hverdagen.

Variasjonene mellom regioner når det gjelder psykiske plager og livskvalitet var ikke stor. Skåren på spørsmålet om livet oppleves som meningsfylt var gjennomsnittlig litt høyere i Dalane og Ryfylke enn i de andre regionene.

Ryfylke kom positivt ut på tre av de utfallsmålene som kan betraktes som indikatorer på sosial kapital: Trygghet i nærmiljøet (sammen med Dalane), Tillit til andre og Stedstilknytning (Dalane på andre plass).

Andel som rapporterte at de plages av støy fra trafikk når de er hjemme, var lavest i Ryfylke og høyest på Nord-Jæren. Nord-Jæren skilte seg ut med en høy andel som rapporterte at de ble plaget av annen støy når de er hjemme.

Kjønnsforskjeller

En litt høyere andel blant kvinnene enn blant mennene rapporterte at de deltok i «Andre aktiviteter», med andre ord ikke-organiserte aktiviteter.

Kvinner kom bedre ut enn menn på tre av de fire kostholdsvariablene (Sjelden eller aldri inntak av Sukkerholdig brus eller leskedrikk, Frukt og bær, Grønnsaker), og de sitter stille (i gjennomsnitt) noe kortere tid enn mennene i hverdagen.

Bruken av snus og alkohol viste seg å være langt mer utbredt blant menn enn blant kvinner i Rogaland. Dette har vi funnet også i de andre fylkene som har gjennomført folkehelseundersøkelser.

Andelen kvinner som rapporterte om god eller svært god tannhelse var høyere hos kvinner enn menn, og det ser også ut til at kvinnene oftere har oppsøkt tannlege eller tannpleier. Andelen skadede siste år var litt høyere blant menn enn blant kvinner. Flere kvinner enn menn rapporterte helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen.

På de variablene som er nært knyttet til psykisk helse (psykiske plager, negative følelser, positive følelser, søvnproblemer), kom kvinnene noe mindre gunstig ut enn mennene, men gjennomsnittlig opplevde kvinnene livet som litt mer meningsfylt enn det mennene gjorde.

Kvinnene hadde lavere gjennomsnittlig skår enn mennene på trygghet i nærmiljøet, men høyere skår på «Gjensidig positive sosiale relasjoner».

Alder

Tilfredsheten med tjenester og fasiliteter øker litt med alderen, selv om sammenhengene ikke alltid er lineære. Deltagelse både i organiserte og uorganiserte aktiviteter går litt opp rundt 70-års alderen, uten at det samme skjer med utfallsvariabelen «Engasjert» (et subjektivt mål fra et helt annet sted i spørreskjemaet og som dreier seg om hvordan en har følt seg de siste syv dagene).

Jo høyere alder, desto bedre rapportert kosthold. Dette gjelder inntak av sukkerholdig brus eller leskedrikk, frukt og bær, grønnsaker (ikke helt lineær sammenheng) og fisk. Antall timer stillesitting per dag var høyest i yngste aldersgruppe (18-29) og lavest blant de eldste (70+).

Men vi finner noen unntak fra regelen om at jo høyere alder, desto gunstigere helserelatert atferd. Andel som rapporterte at de var fysisk aktive var høyest blant de yngste. Andelen med fedme var lavest blant de yngste og de eldste.

Blant de yngste voksne var daglig røyking nesten helt fraværende, mens daglig bruk av snus hadde stor utbredelse.

Variasjonen i selvrapportert helse over aldersgrupper var ikke entydig. Andel som rapporterte at de hadde god eller svært god helse synker forbausende svakt med alderen både blant kvinner og menn. Andelen som rapporterte at det var mer enn to år siden de var hos tannlegen synker nokså sterkt med økende alder fra nest yngste til nest høyeste aldersgruppe. Kjønnsforskjellen i andel som har vært utsatt for skader (høyest blant menn) var størst blant de yngste.

De psykiske plagene synker med stigende alder. Særlig kvinner i den yngste aldersgruppa skåret høyt på psykiske plager. Også positiv følelser (affekt), det å være fornøyd med livet

og det å oppfatte livet som meningsfullt steg nokså sterkt med alderen. De yngste, samt kvinner mellom 50 og 59 hadde de høyeste andelene som plages av søvnproblemer.

På de fleste utfallsmål som sorterer under overskriften Sosial interaksjon og sosial kapital blir tallene langt gunstigere med stigende alder. Dette gjelder trivsel, trygghet i nærmiljøet, trygghet på stedet, tillit til andre og stedstilhørighet.

Ensomheten synker med alderen, men flater ut fra nest eldste (60-69) til eldste (70+) aldersgruppe. Det er blant de yngste kvinnene (18-29) vi finner den laveste andelen som føler seg trygge i nærmiljøet. Det å være sammen med gode venner ukentlig, var vanligst blant de yngste, falt så sterkt og økte deretter med stigende alder.

Jo eldre, desto lavere andeler rapporterte at de ble plaget av støy hjemme. Andel som rapporterte at det er vanskelig for husholdningen å få pengene til å strekke til sank kraftig med alderen.

Når en skal vurdere sammenhengene mellom alder og utfallsmål, er det viktig å ta i betraktning at vi har et stort frafall av eldre som ikke er registrerte med digital kontaktinformasjon i Kontakt- og reservasjonsregisteret. Dersom disse eldre skiller seg fra de som deltar i undersøkelsen ved for eksempel å ha dårligere helse eller mer helseskadelig helserelatert atferd, vil vi sannsynligvis ha tegnet et litt for positivt bilde av situasjonen i de eldste gruppene. Også blant unge menn var deltakelsen lav, noe som kan ha gitt et litt for positivt bilde også i denne gruppen.

Utdanning

Det er først og fremst utdanningsnivået som henger sammen med deltakelse og engasjement. Jo høyere utdanningsnivå, desto høyere skår på å føle seg «Engasjert» og jo høyere andel deltok i organiserte og til en viss grad også uorganiserte aktiviteter.

Andel med fedme synker sterkt med utdanningsnivå. Likevel viser det seg at antall timer stillesitting per dag er høyest blant de med utdanning på høgskole- eller universitetsnivå.

Bruken av tobakk (daglig røyking, daglig bruk av snus) og det episodisk høye forbruket av alkohol (andel som oppgir at de drikker minst seks enheter alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere) synker med økende utdanning.

Når det gjelder selvrapportert helse, skader og funksjonsevne, blir det meste bedre med økende utdanningsnivå: Dette gjelder andel som rapporterte at de hadde god eller svært god helse (økning), andel med god eller svært god tannhelse (økning), andel som rapporterte at de har helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen (nedgang), og andel som rapporterte at det er mer enn to år siden de var hos tannlegen (nedgang). Prosentandelen som rapporterte at de i løpet av de siste 12 månedene hadde vært utsatt for minst én skade, gikk litt ned med høyere utdanningsnivå. Andelen som svarte at de har stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade, synker relativt kraftig med økende utdanning.

Med stigende utdanning blir også det meste bedre når det gjelder psykiske plager og livskvalitet: Psykiske plager går ned, det samme gjør negative følelser (negativ affekt), ensomhet og søvnproblemer. Gjennomsnittlig skår på positiv affekt øker. Det samme gjør fornøydhet med livet, det å oppleve tilværelsen som meningsfylt og gjensidig positive sosiale relasjoner.

Jo høyere utdanning, desto lavere var andelen som rapporterte at de ble utsatt for trafikkstøy hjemme. Og, ikke overraskende, jo høyere utdanning, desto lavere andeler var det som rapporterte at det er vanskelig å få pengene til å strekke til.

Alt i alt bekrefter de funnene vi har gjort i undersøkelsen i Rogaland det vi vet fra tidligere om forholdet mellom helse og utdanning. Jo høyere utdanning, desto bedre er situasjonen både med hensyn til helse og helsedeterminanter.

Viktige forbehold

Når vi både i dette sammendraget og i teksten for øvrig har karakterisert tallene for undergrupper som «høye» eller «lave» eller som «positive» eller «mindre positive», er det viktig å huske på at disse vurderingene er relative, ikke normative. Det dreier seg hele tiden om sammenligninger med gjennomsnittene på tvers av grupper. Tallene for andel som spiser frukt eller bær hver dag i en bestemt region kan for eksempel karakteriseres som høye. Men så lenge tallet ligger langt under 100 prosent, er det selvsagt for lavt.

Deltakelsen i undersøkelsen var, som allerede nevnt, på 45,2 %. Dette er et godt resultat sammenlignet med andre undersøkelser av tilsvarende type. At under halvparten av alle inviterte deltok, skaper likevel en del usikkerhet omkring resultatene. Det kan for eksempel tenkes at de som deltar har en helsemessig gunstigere atferd enn de som ikke deltar. Analyser av forskjeller mellom de som svarte med en gang og de som svarte etter purringer i data fra Hordaland, viser imidlertid ingen systematiske forskjeller mellom disse gruppene. Dette styrker et stykke på vei tiltroen til resultatene. Likevel er det sikrest å bare legge vekt på resultater som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønstre av resultater.

I likhet med folkehelseundersøkelsene i andre fylker, er det også i Rogaland noen grupper som faller utenfor. Dette gjelder alle under 18 år og de som ikke behersker norsk godt nok til å svare på undersøkelsen. Det gjelder også alle som ikke kan nås gjennom en internett-basert datainnsamling, blant annet bostedsløse og de som er for syke til å klare å delta.

Datainnsamlingen til denne undersøkelsen ble gjennomført omtrent et halvt år ute i koronapandemien. Vi vet ikke sikkert hvordan all informasjonen og alle forholdsreglene rundt den kan ha påvirket svarene på spørsmål om for eksempel psykiske plager og livskvalitet. På utfallsvariabler som psykiske plager og «Fornøydhet med livet», skiller imidlertid ikke Rogaland seg vesentlig fra andre fylker, der datainnsamlingene fant sted før pandemien hadde brutt ut.

Denne rapporten dekker resultater fra hovedmodulen i spørreskjemaet. I tillegg inneholdt spørreskjemaet spørsmål utviklet av Rogaland fylkeskommune. For en oppsummering av resultatene i tilleggsmodulen, se lenke på nettsidene til folkehelsegruppen i Rogaland fylkeskommune (www.rogfk.no/fhus).

1 Introduksjon

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS-ene) er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7. Målet med undersøkelsene, som skal omfatte den voksne befolkningen, er å skaffe frem informasjon som er viktig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylker og kommuner. Viktige tema som inngår er subjektivt rapportert helse, psykiske plager, livskvalitet, skader, helsereelatert atferd og lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsen. En viktig side ved folkehelseundersøkelsene er blant annet at de skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet og det regionale utviklingsarbeidet kan baseres på et ferskest mulig evidensgrunnlag. Folkehelseundersøkelsene skal dessuten supplere det vi har av informasjon fra andre kilder, for eksempel fra registre, fra nasjonale undersøkelser og fra undersøkelser som er mer medisinske og som for eksempel omfatter måling av blodtrykk og innsamling av biologisk materiale.

Hvis en lykkes i å gjennomføre undersøkelsene på en standardisert måte (representative utvalg, høy svarprosent, samme spørreskjema, samme datainnsamlingsmåter), vil det være mulig å sammenligne på tvers av fylker og med tall for hele landet. Over tid vil en dessuten kunne se på trender både innen fylker og på tvers av fylker. Det å kunne sammenligne på tvers og over tid var et viktig premiss da disse undersøkelsene først ble beskrevet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Data fra folkehelseundersøkelsene er allerede i bruk som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser³ og vil etter hvert også bli presentert gjennom Norgeshelsa⁴, Kommunehelsa⁵ og Kommunehelseprofilene⁶. Data blir stilt til disposisjon for fylkeskommunene samt regionale og lokale forskingsmiljø for videre analyser og for å sikre en best mulig utnyttelse av dataene. Analyser basert på data fra folkehelseundersøkelsene i fylkene blir dessuten publisert i vitenskapelige artikler [1-3].

Det lages også tabeller med tall for hver enkelt kommune (og etter planen også for bydeler i Stavanger og Sandnes). Når kommunene er svært små, slik at det kan oppstå problemer med anonymiteten, kan det noen steder være at tall ikke kan oppgis, men dette gjelder få kommuner og bydeler og ikke alle utfallsmålene.

I samarbeid med fylkeskommunene er det utviklet et spørreskjema som benyttes i alle folkehelseundersøkelsene. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider⁷. Hvert fylke som gjennomfører undersøkelsene, har anledning til å føye til et begrenset antall egne spørsmål.

Etter hvert som nye fylker gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene som utarbeides lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra fire tidligere undersøkelser, Sogn og Fjordane⁸, Troms og Finnmark⁹, Agder¹⁰ og Nordland¹¹ er foreløpig lagt ut [4-7]. I denne rapporten presenteres resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020.

³ <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrdeanalyser--bakgrunn-og-formal/>

⁴ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

⁵ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁶ <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/>

⁷ <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

⁸ <https://www.fhi.no/publ/2019/fylkeshelseundersokinga-i-sogn-og-fjordane-2019/>

⁹ <https://www.fhi.no/publ/2019/fylkeshelseundersokelsen-troms-finnmark/>

¹⁰ <https://www.fhi.no/publ/2020/folkehelseundersokelsen-agder-2019/>

¹¹ <https://www.fhi.no/publ/2020/fylkeshelseundersokelsen-nordland/>

2 Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Rogaland ble planlagt og gjennomført i et nært samarbeid mellom avdelinger ved to forskjellige områder ved Folkehelseinstituttet (Område for psykisk og fysisk helse og Område for helsedata og digitalisering) og Rogaland fylkeskommune. Tilleggsspørsmålene som ble lagt inn fra Rogaland handlet om deltakernes landbakgrunn, opplysninger om husstanden, mobbing, mobilitet, bruk av parker og grøntområder (enkeltspørsmål), helse (enkeltspørsmål), tilpasning av bolig og hvordan Covid-19 pandemien hadde påvirket den enkeltes arbeids- og finansielle situasjon.

I tillegg valgte Folkehelseinstituttet å legge inn tre spørsmål om holdninger til vaksiner som et ledd i håndteringen av COVID-19 pandemien.

For å få et antall deltakere stort nok til å få dekket behovet for statistikk med bra presisjon for ulike geografiske enheter i Rogaland, var det ønskelig med et brutto-utvalg på nærmere 80 000. Utvalget skulle omfatte personer som var bosatt i Rogaland, de skulle være født 30. juni 2002 eller tidligere, de skulle ha registerstatus som «vanlig bosatt» og de skulle ha adressekode 0 (ikke pendlerstatus, ikke klient ved institusjon o.l.). De skulle også ha gyldig fødselsnummer (ikke D-nummer, som er midlertidig og ment for opphold i Norge mindre enn 6 måneder).

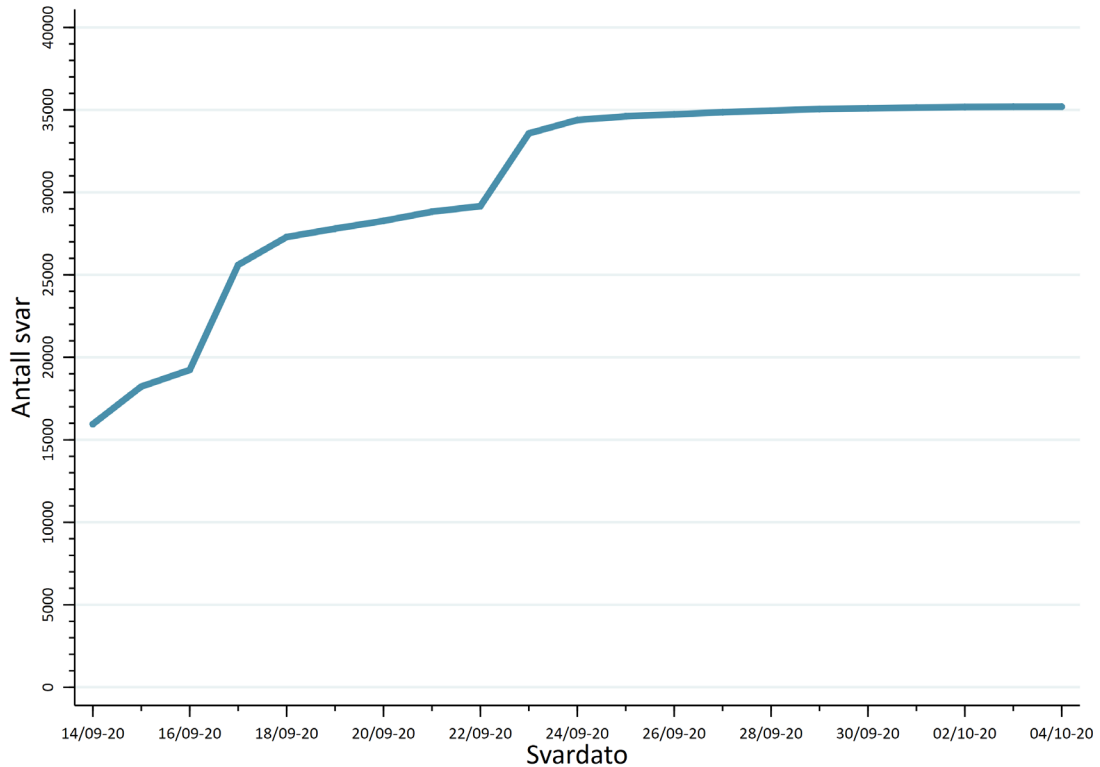
Tilfeldige utvalg ble trukket for hver kommune, bydel (Stavanger) eller valgkrets (Sandnes). For å få god nok representasjon i områder med få innbyggere, ble det oversamplet (trukket ekstra store utvalg) der det var behov for det. Dette har konsekvenser for de statistiske analysene og medfører at det må brukes vekting. Vekting betyr her at en lar svar fra de som er fra områder der det prosentvis er trukket ekstra store utvalg telle mindre. I områder der andelene som er trukket ut er lavere, lar en observasjonene telle mer. På denne måten sikrer man at prosentene og gjennomsnittene blir mest mulig korrekte.

Det ble trukket et utvalg fra Folkeregisteret på 90 215.

Etter at utvalget var sjekket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret, for å sile bort alle som ikke var registrerte der og alle som hadde reservert seg mot å delta i undersøkelser, ble tallet redusert til 82 804. Deretter fjernet man alle som ikke hadde unik e-post eller unikt mobilnummer, alle som var døde, og alle som ikke hadde registrert adresse i Rogaland. Det endelige utvalget før utsending var dermed redusert til 77 879. Ved selve utsendelsen ble listene sjekket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret på nytt. Da falt ytterligere 8 personer ut, slik at tallet kom ned i 77 889. Underveis ble ytterligere 18 personer av ulike grunner ekskludert fra materialet, slik at det endelige utvalget bestod av 77 871 personer. I tabellene nedenfor opereres det likevel med et totalt antall inviterte på 77 889 personer. Dette er det antallet som inngår i den såkalte «invitasjonsfilen» og som dermed er utgangspunktet for å beregne oppslutning både totalt og i subgrupper.

Datainnsamling og datalagring ble gjennomført ved bruk av Nettskjema og Tjenester for Sensitive Data (TSD), begge utviklet og levert av Universitetet i Oslo. Dataene ble deretter overført til sikker server ved Folkehelseinstituttet for bearbeidelse og analyser. De som måtte ønske det, kan når som helst få slettet sine opplysninger fra datafilene.

Første invitasjon til å delta ble sendt ut 14. september 2020. Purringer ble sendt ut 17. september og 23. september. Datainnsamlingen ble formelt avsluttet 2. oktober 2020, men av praktiske grunner ble det elektroniske skjemaet stengt først den 5. oktober. Etter første utsendelse oppnådde vi svar fra 24,7 % av de inviterte. Etter første purring kom en opp i 37,4 %. Og innen datainnsamlingen ble avsluttet, kom deltakelsen opp i 45,2 %. Hvordan deltakelsen i undersøkelsen utviklet seg fra dag til dag, er vist i Fig. 1 nedenfor.



Figur A: Besvarte skjemaer etter dato.

Rogaland fylke er i analysene som er presentert i denne rapporten delt inn i fem regioner:

- **Dalane:** Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim
- **Sør-Jæren:** Hå, Klepp, Time, Gjesdal
- **Nord-Jæren:** Stavanger, Sandnes, Sola, Randaberg
- **Ryfylke:** Strand, Hjelmeland, Suldal, Sauda, Kvitsøy
- **Haugalandet:** Haugesund, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira, Vindafjord

Tabell 1 viser hvor mange som ble invitert til å være med i undersøkelsen og hvor mange som faktisk deltok etter region i fylkene. Oppslutningen var god i alle regionene og varierte mellom 42,4 og 45,9 %.

Tabell 1: Fordeling av inviterte og endelig utvalg etter region (ikke vektete tall)

	Inviterte n	Svarte n	Deltakelse i prosent
Dalane	7 962	3 373	42,4
Sør-Jæren	16 515	7 588	45,9
Nord-Jæren	37 345	17 010	45,5
Ryfylke	5 607	2 561	45,7
Haugalandet	10 460	4 659	44,5
Alle	77 889	35 191	45,2

Tabell 2 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe. Vi ser at svarprosenten er langt høyere blant kvinner (49,9 %) enn blant menn (40,8 %). Blant kvinnene varierer svarprosenten noe over aldersgrupper. Høyest er den i de to aldersgruppene 50-59 år (56,1 %) og 60-69 år (59,1 %) og lavest i de to yngste aldersgruppene, 18-29 år (42,9 %) og 30-39 år (46,3 %).

Blant menn er forskjellene over aldersgrupper enda større. Blant menn i aldersgruppen 60-69 år er det hele 57,6 % som har svart. Blant de yngste mennene (18-29 år) var det bare 28,1 % som deltok, med andre ord under halvparten så stor andel. De mennene som tilhørte nest yngste aldersgruppe var ikke så mye bedre. Her var det 32,1 % av de inviterte som deltok i undersøkelsen.

En alvorlig feilkilde i undersøkelser som denne er seleksjon. Seleksjon handler om at de som deltar svarer forskjellig fra de som ikke deltar. Jo lavere andel som deltar, desto større er sannsynligvis seleksjonsproblemene. I den foreliggende undersøkelsen er seleksjonsproblemet sannsynligvis størst blant menn i de to laveste aldersgruppene, med andre ord blant menn i alderen 18-39 år.

En analyse gjort på data fra folkehelseundersøkelsen i Hordaland tyder på at seleksjonsproblemet kanskje likevel ikke er så stort som en kunne frykte. I artikkelen presenteres det resultater som viser at de som svarer etter en eller to purringer ikke skiller seg vesentlig fra de som svarer umiddelbart [3]. Dette betyr at en noe lavere svarprosent ikke nødvendigvis gir skjevheter på de utfallsvariablene som inngår i folkehelseundersøkelsene. Siden svarene varierer systematisk over undergrupper definert ved kjønn og alder, vil det likevel være en fordel å vekte når en skal regne ut tall som gjelder et helt fylke eller et bestemt geografisk område, eller når en skal sammenligne grupper på andre variabler.

Tabell 2: Svarprosent etter kjønn og aldersgruppe (ikke vektete tall)

	Kvinner			Menn		
	Inviterte n	Svarte n	Deltakelse i prosent	Inviterte n	Svarte n	Deltakelse i prosent
18-29	7 865	3 378	42,9	8 597	2 413	28,1
30-39	7 874	3 643	46,3	8 070	2 590	32,1
40-49	7 166	3 697	51,6	7 957	3 227	40,6
50-59	6 598	3 699	56,1	6 978	3 286	47,1
60-69	4 906	2 901	59,1	5 293	3 047	57,6
70+	3 082	1 401	45,5	3 503	1 909	54,5
Alle	37 491	18 719	49,9	40 398	16 472	40,8

Tabell 3 viser hvor stor andel av den samlede befolkningen i Rogaland som deltok i undersøkelsen. Laveste andelen finner vi blant kvinner som er 70 år eller eldre (5,1 %) og i den yngste (18-29 år) og den nest yngste (30-39 år) aldersgruppen blant menn (6,2 % og 7,4 %).

Tabell 3: Utvalget og befolkningstall¹² etter kjønn og aldersgruppe (ikke vektete tall)

	Kvinner			Menn		
	Befolkning n	Utvalg n	Utvalget i prosent	Befolkning n	Utvalg n	Utvalget i prosent
18-29	35 997	3 378	9,4	38 865	2 413	6,2
30-39	33 619	3 643	10,8	35 032	2 590	7,4
40-49	31 707	3 697	11,7	34 431	3 227	9,4
50-59	29 366	3 699	12,6	31 243	3 286	10,5
60-69	23 549	2 901	12,3	24 301	3 047	12,5
70+	27 212	1 401	5,1	22 538	1 909	8,5
Alle	181 450	18 719	10,3	186 410	16 472	8,8

2.2 Om deltakelsen i denne undersøkelsen

Organisering i Rogaland og tiltak for å øke oppslutningen om undersøkelsen¹³

Det lokale arbeidet med folkehelseundersøkelsen i Rogaland ble gjennomført i samarbeid med en ressursgruppe.

- Ressursgruppen består av Rådgivende folkehelseforum og Politisk styringsgruppe for folkehelse i Rogaland.
- Rådgivende folkehelseforum er en bredt sammensatt gruppe bestående av representanter fra fylket, kommunene, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, frivillig sektor, politiet, samt forsknings- og utdanningsmiljøer i Rogaland. De har bidratt med faglige innspill i forkant av undersøkelsen, utvikling av tilleggsmodulen, og kommer til å bidra med vurdering av resultatene.
- Politisk styringsgruppe består av representanter fra de politiske partiene på Fylkestinget i Rogaland. De har blitt holdt orientert om undersøkelsen, og har fått tilbud om å gi innspill underveis.

Rogaland fylkeskommune var ansvarlig for den regionale oppfølgingen i samsvar med en samarbeidsavtale som var inngått med Folkehelseinstituttet. Den regionale oppfølgingen omfattet blant annet:

- Finansiere undersøkelsen
- Drive kommunikasjonsarbeid og promotere undersøkelsen i fylket
- Besvare tilbakemeldinger fra publikum (eposter og telefoni) i forbindelse med undersøkelsen

¹² Befolkningstallene er hentet fra Statistisk sentralbyrå og gjelder befolkningssammensetningen per 1. januar 2020. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>

¹³ Beskrivelsen av arbeidet som ble gjort lokalt bygger på en tekst som var utarbeidet av Rune Thorkildsen Slettebak i Rogaland fylkeskommune. Han var prosjektleder i fylkeskommunen under hele arbeidet med denne undersøkelsen. Telefon: 51921029. E-post: rune.slettebak@rogfk.no

- Formidle resultater fra undersøkelsen til befolkningen
- Stimulere til videre bruk av dataene

Det ble utarbeidet en egen plan for hvordan informasjon om undersøkelsen skulle kommuniseres til befolkningen i Rogaland og hvordan en skulle motivere til deltakelse.

Gjennomføringen foregikk slik (alle datoer refererer til 2020):

Januar	Ressursgruppen for undersøkelsen og politisk styringsgruppe for folkehelse i Rogaland fylkeskommune ble informert om undersøkelsen.
07.05.	Orienteringsmail ble sendt til partnerskapskontaktene i kommunene, fylkesmannen og Kommunenes Sentralforbund (KS)
08.05.	Opprettet nettside om undersøkelsen
18.05.	Planleggingsmøte for kommunikasjonsplan og nettside
20.05	Nyhetsbrev til Partnerskap for folkehelse
10.08.	Brev sendt til kommunene ved rådmenn og ordførere om undersøkelsen
August	Innspillinger med Rune Bjerga (lokal komiker) for å lage to videoer om undersøkelsen
31.08.	Brev sent til kommunene med mer informasjon om undersøkelsen, med vedlegg til forslag til pressemelding
09.09.	Oppstart kommunikasjonskampanje i sosiale medier
10. 09.	Pressemelding sendt ut Intervju med fylkesordfører Marianne Chesak i NRK Rogaland
14. 09.	Undersøkelsen startet
16. 09.	Første runde med påminnelser
23. 09.	Andre runde med påminnelser Brev ut til kommunene med rapport om midlertidig svarinnngang
24.09.	Innslag om undersøkelsen på NRK Rogaland

Ti av deltakerne ble trukket ut tilfeldig og fikk et gavekort hver på kr. 1000.

Kommunikasjonstiltakene i Rogaland fylkeskommune ble koordinert med FHI. Folkehelseinstituttet har utarbeidet en egen kommunikasjonsplan for folkehelseundersøkelsene og fulgte denne i Rogaland. Blant annet legges det ut informasjon om undersøkelsene på Folkehelseinstituttets hjemmesider og det sendes ut en pressemelding ved oppstart av undersøkelsene.

Det ble ikke gjort noen nøyaktig registrering av henvendelser fra publikum i løpet av den tiden datainnsamlingen varte, men det er anslått at det kom mellom 20 og 30 telefoner daglig rett etter at første invitasjonen gikk ut og de dagene det ble purret, men langt færre de øvrige dagene. I tillegg mottok Rogaland fylkeskommune mellom 60 og 70 e-poster fra publikum om undersøkelsen. Samtlige henvendelser ble besvart.

Nettside på rogfk.no:

Det ble opprettet en nettside (landingsside) for folkehelseundersøkelsen på nettsidene til Rogaland fylkeskommune, med kort-url'en: <https://www.rogfk.no/fhus>

Nettsiden gir svar på grunnleggende spørsmål publikum vil kunne ha til undersøkelsen. Dette er blant annet tema som: «Dette er folkehelseundersøkelsen», «Spørsmål og svar», «Les mer om undersøkelsen hos FHI» og «Kontakt oss». Nettsiden hadde også en lenkeknapp for å svare på undersøkelsen for de av innbyggerne som ikke var direkte invitert.

Nettsiden fikk totalt 30 382 sidevisninger, med 24 908 unike besøkende i perioden undersøkelsen var aktiv. Det var kun 89 besøkende som brukte «Kontakt oss»-siden. Det tyder på at informasjonen på landingssiden var nyttig for de besøkende.

Det ble også skrevet en aktuelt sak på rogfk.no, basert på pressemeldingen: <https://www.rogfk.no/aktuelt/korleis-har-du-det-eigentleg-svar-pa-folkehelseundersokinga-i-rogaland.101460.aspx>

Kampanje i sosiale medier:

Den lokale komikeren Rune Bjerga ble hyret inn til å være frontfigur i filmkampanje for folkehelseundersøkelsen. Bjerga ble valgt for å gi en humoristisk vri på temaet og fange oppmerksomheten til potensielle respondenter til undersøkelsen. Både direkte inviterte og personer som kunne tenke seg å svare på eget initiativ. Målgruppen for filmene var i all hovedsak menn fra 18-35 år. Men filmene skulle også interessere og fange oppmerksomheten hos andre aldersgrupper, både blant kvinner og menn.

Det ble produsert to filmer på 30 sekunder, med to ulike karakterer. Filmen med tittelen «Fasade» var spesielt rettet mot unge menn. Filmen med tittelen «Ensom» hadde et bredere publikum, med både kvinner og menn i aldersgruppen 30 år og oppover.

Filmene ble publisert på fylkeskommunens Facebook-side. «Fasade» ble publisert på lanseringsdatoen for undersøkelsen, «Ensom» ble publisert to dager senere.

I tillegg ble det satt opp en målrettet kampanje med betalte innlegg på både Facebook, Instagram og YouTube.

Filmene oppnådde svært gode resultater, både organisk og betalt. Her er noen nøkkeltall:

Facebook/Instagram organisk + betalt:

- 36 000 personer nådd (organisk)
- 660 personer engasjert (organisk)
- 228 500 annonseeksposeringer (betalt)
- 13 300 visninger av landingssiden rogfk.no/fhus (betalt)

YouTube betalt:

- 29 400 unike seere
- 41% ser hele filmen (30 sek)
- 58% ser halve filmen (15 sek)

Lenker til filmene på Facebook:

«Fasade» <https://business.facebook.com/watch/?v=661426918115340>

«Ensom» <https://business.facebook.com/watch/?v=344724793389735>

2.3 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet som ble benyttet i Rogaland var basert på den reviderte kjernemodulen som ble utviklet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med fylkeskommunene, og som forelå 1. mars 2019. Mange av de spørsmålene som inngikk i skjemaet som ble brukt under pilotundersøkelsen i Agder-fylkene og Vestfold i 2015 var fremdeles med [8]. En del av de endringene som ble gjort før undersøkelsene i Hordaland og i Sogn og Fjordane ble beholdt. I en appendiks til denne rapporten blir det gitt en lenke til spørreskjemaet som ble benyttet i Rogaland.

I tillegg til hovedmodulen, som i sin helhet benyttes i hver undersøkelse, har hvert fylke anledning til å legge inn tilleggs-spørsmål som er av spesiell interesse for det aktuelle fylket.



Bilde brukt av Rogaland fylkeskommune i mange sammenhenger. Illustrerer vennskap, sosial støtte, positive sosiale relasjoner.

Foto: Rogaland fylkeskommune, Folkehelsegruppen



Mye besøkt turområde ved Dalsnuten nær Sandnes. Bruk av naturen er bra både for kropp og sinn.

Foto: Samuel Han, www.unsplash.com

2.4 Spørsmålsoversikt

Vi vil her kort beskrive de spørsmålene som inngår i spørreskjemaets hovedmodul. Vi beskriver spørsmålene stort sett i samme rekkefølge som de har i spørreskjemaet.

2.4.1 Kjønn, alder og utdanning

Informasjon om kjønn og alder ble hentet fra Det sentrale folkeregisteret (DSF). Alder er i denne rapporten benyttet som kontinuerlig variabel når en skulle beskrive gjennomsnittlig alder på tvers av regioner innen fylket. I andre sammenhenger er alder delt inn i aldersgrupper med følgende oppdeling: 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år, og 70 år eller eldre.

Informasjon om høyeste fullførte utdanning er basert på selvrapport, der deltakerne kunne velge mellom følgende fire kategorier:

- I. Grunnskole/framhaldsskole/folkehøgskole inntil 10 år (**'Grunnskole'**)
- II. Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år (**'VGS'**)
- III. Høgskole/universitet mindre enn 4 år (**'Universitet <4år'**)
- IV. Høgskole/universitet 4 år eller mer (**'Universitet 4+ år'**)

Utdanning ble i denne rapporten benyttet både som en variabel med fire nivå og som todelt variabel der vi skiller mellom nivå I-II og nivå III-IV.

2.4.2 Trivsel

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de trives i nærmiljøet sitt. Det ble gitt fire svaralternativ: «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt». I denne rapporten har vi rapportert andel som svarte «I stor grad».

2.4.3 Trygghet

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de føler seg trygge i nærmiljøet. Svaralternativene var: «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt». I denne rapporten har vi rapportert andel som svarte «I stor grad».

2.4.4 Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt

Deltakerne ble spurt om hvordan de opplevde tilgjengeligheten til ulike typer fasiliteter og servicetilbud lokalt. Det ble spurt om tilgjengeligheten til

- kultur- og idrettstilbud (kino, bibliotek, svømmehall, idrettshall etc.)
- butikker, spisesteder og andre servicetilbud
- offentlig transport
- natur- og friluftsområder
- parker og andre grøntarealer

Svarkategoriene var «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig» og «Vet ikke».

Et nokså tilsvarende spørsmål handlet om gang- og sykkelveier, om de var godt utbygd i nærområdet. Her var svaralternativene omtrent de samme: «Svært godt», «Godt», «Verken godt eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig» og «Vet ikke»

I denne rapporten rapporterer vi andel som har svart «Svært god» eller «God» (eller «Svært godt» eller «Godt») på hvert av spørsmålene om tilgang på fasiliteter, servicetilbud og sykkelstier.

2.4.5 Deltakelse i aktiviteter

Deltakerne ble spurt om hvor ofte de deltar i organisert aktivitet/frivillig arbeid som f.eks. idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller lignende. De ble også spurt om hvor ofte de deltar i annen aktivitet som for eksempel klubb, møter, treffe venner, trimturer med venner/kolleger eller andre. Disse to spørsmålene hadde de samme svaralternativene: «Daglig», «Ukentlig», «1-3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri». I denne rapporten har vi rapportert andel som har svart at de deltar ukentlig eller oftere.

2.4.6 Generell helse

De som var med i undersøkelsen ble spurt om hvordan de alt i alt vurderer sin egen helse. De kunne sette kryss for ett av følgende fem svaralternativer: «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig» og «Svært dårlig». I analysene benyttet vi både alle kategoriene og en todeling der vi rapporterte andel som svarte at de hadde «God» eller «Svært god» helse.

Det ble stilt et helt tilsvarende spørsmål der de ble bedt om å vurdere egen tannhelse. *Analysen av svarene på dette spørsmålet om tannhelse er ikke presentert i den foreliggende rapporten.*

2.4.7 Besøk hos tannlege eller tannpleier

Deltagerne ble spurt om når de sist var hos tannlege eller tannpleier. Det ble brukt tre svaralternativ: «0-2 år siden», «3-5 år siden» og «mer enn 5 år siden». I denne rapporten presenterer vi prosentdelen som rapporterte at det var mer enn 2 år siden de sist var hos tannlege eller tannpleier.

De som svarte at det var mer enn fem år siden sist de var til tannlegen, ble spurt hvorfor. Det ble gitt fire svaralternativ der det ble presisert at det var tillatt med mer enn ett kryss: «Økonomiske årsaker», «Redsel/frykt», «Problemer med transport/reisevei» og «Andre årsaker».

Analysen av svarene på dette spørsmålet om tannhelse er ikke presentert i den foreliggende rapporten.

2.4.8 Fornøyde med tilværelsen

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de var fornøyde med tilværelsen (alt i alt, for tiden). Det kunne settes kryss for ett av fem svaralternativer: «Svært fornøyd», «Ganske fornøyd», «Både/og», «Nokså misfornøyd» og «Svært misfornøyd». I våre analyser rapporterer vi andel som oppgav å være ganske eller svært fornøyd.

2.4.9 Høyde og vekt

Deltakerne ble spurt om hvor høye de er uten sko, og skulle oppgi svaret i antall centimeter. De ble også spurt om hvor mye de veier uten klær og sko. Her skulle de oppgi svaret i

kilogram. De som var gravide skulle oppgi vekten før de ble gravide. Det ble regnet ut en kroppsmasseindeks (KMI) etter vanlig formel. KMI defineres som kroppsvekten i kilogram dividert med kvadratet av høyden angitt i meter (kg/m^2). Vi har rapportert andel som hadde en kroppsmasseindeks på 30 eller mer. KMI på 30 eller mer omtales ofte som fedme.

2.4.10 Psykiske plager (HSCL-5)

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5) ble benyttet som mål på psykiske plager [5]. HSCL-5 omfatter 5 spørsmål om følgende:

- nervøsitet eller indre uro
- redsel eller engstelse
- følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
- nedtrykthet eller tungsindighet
- bekymring eller uro

Det gis fire svaralternativ: «Ikke plaget» (1 poeng), «Litt plaget» (2 poeng), «Ganske mye plaget» (3 poeng) og «Veldig mye plaget» (4 poeng). Det kan beregnes en gjennomsnittsskår på tvers av de fem leddene. Denne vil ha verdier som varierer fra 1 til 4, der høyere skår indikerer høyere grad av psykiske plager. I denne rapporten omkodes denne variabelen i noen sammenhenger til en dikotomi der en skår som er høyere enn 2,00 defineres som en høy skår.

2.4.11 Søvn

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de har vært plaget av søvnproblemer siste uke. Svaralternativene var de samme som for spørsmålene om psykiske plager ovenfor: «Ikke plaget», «Litt plaget», «Ganske mye plaget» og «Veldig mye plaget». Vi har rapportert andel som har vært «Ganske mye» eller «Veldig mye» plaget av søvnproblemer.

2.4.12 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse

Deltakerne ble spurt om de har hatt noen langvarige sykdommer eller helseproblemer (også sesongbetonte, eller som kommer og går). Sykdommene eller helseproblemene skal ha vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder. Svaralternativene var «Ja» og «Nei».

Videre ble deltakerne i studien spurt om hvordan disse helseproblemene påvirker deres hverdag. Svaralternativene var «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt».

Deltakerne ble også spurt om de har noen funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade. Dette inkluderer plager som kommer og går. Svaralternativene var «ja» og «nei».

Og til slutt under denne delen ble de spurt i hvilken grad funksjonsnedsettelsen påvirker deres hverdag. Svaralternativene var «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad» og «ikke i det hele tatt».

I denne rapporten presenterer vi andel som har svart at de har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker deres hverdag. Vi presenterer også andel som har svart at de har langvarige funksjonsnedsettelse på grunn av skade og som i stor grad påvirker deres hverdag.

2.4.13 Sosial støtte

Opplevd sosial støtte ble målt med Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3), som består av tre spørsmål:

- Antall nære personer som en kan regne med dersom en har store personlige problemer. Også personer i nærmeste familie kan regnes med. Svaralternativer «Ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere».
- Hvor stor interesse andre viser for det en gjør. Svaralternativer: «Stor interesse», «Noe interesse», «Verken stor eller liten interesse», «Liten interesse» og «Ingen interesse».
- Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer hvis en skulle trenge det. Svaralternativer: «Svært lett», «Lett», «Verken lett eller vanskelig», «Vanskelig» og «Svært vanskelig».

I denne rapporten skilte vi mellom de som opplever et middels eller høyt nivå av sosial støtte og de som ikke gjør det, basert på en inndeling som er benyttet i tidligere studier [9]. Hvert sett av responskategorier ble gitt tallverdier fra 1 og oppover til 4 eller 5 der 1 står for lavest grad av støtte og høyere tallverdier står for høyere grad av sosial støtte. Det ble laget en uvektet sumskår¹⁴ med verdier fra 3-14. Skår på 9 -14 ble regnet som en indikasjon på opplevelse av sosial støtte». I diagrammene i denne rapporten viser vi andel som opplever middels eller høy sosial støtte.

2.4.14 Ensomhet

Ensomhet ble målt med skalaen «The Three-Item Loneliness Scale» (T-ILS) [10]. T-ILS består av følgende spørsmål:

- Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?
- Hvor ofte føler du deg utenfor?
- Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Svaralternativene på alle disse var: «Aldri», «Sjelden», «Av og til», «Ofte» og «Svært ofte».

I denne rapporten presenteres ikke resultater basert på denne skalaen. Derimot tar vi med resultater basert på et enkeltspørsmål om ensomhet som inngår i livskvalitets-delen av skjemaet.

2.4.15 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ble målt med fire spørsmål.

- Omtrent hvor mange timer sitter en i ro på en vanlig hverdag. Svaret kunne gis i hele timer.
- Hvor ofte man vanligvis trener eller mosjonerer på fritiden. Svaralternativene var: «Aldri», «Sjeldnere enn en gang i uken», «En gang i uken», «2-3 ganger i uken», «4-5 ganger i uken» og «Omtrent hver dag».
- Hvor hardt man trener eller mosjonerer. Svaralternativene var: «Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett», «Tar det så hardt at jeg blir andpusten eller svett», og «Tar meg nesten helt ut».

¹⁴ I dette tilfellet delte vi ikke på antall ledd.

- Hvor lenge man trener hver gang. Svaralternativene var: «Mindre enn 15 minutter», «15-29 minutter», «30 minutter-1 time» og «Mer enn 1 time».

De to siste av disse spørsmålene ble bare stilt til de som hadde oppgitt at de drev mosjon minst så ofte som «Sjeldnere enn en gang i uken».

Tilsvarende spørsmål er benyttet i mange tidligere norske undersøkelser av fysisk aktivitet. For å kunne regnes som fysisk aktiv, måtte en ha trent eller mosjonert i minst en halv time i minst fire dager i uken og med en intensitet som minst svarer til at en blir andpusten og svett.

2.4.16 Kosthold

Deltakerne fikk fire spørsmål knyttet til kosthold:

- Hvor ofte drikker du vanligvis sukkerholdig brus eller leskedrikk?
- Hvor ofte spiser du vanligvis frukt og bær (regn ikke med juice eller fruktsaft)?
- Hvor ofte spiser du vanligvis grønnsaker (inkludert salat)? Regn ikke med poteter.
- Hvor ofte spiser du vanligvis fisk (som pålegg, til lunsj eller middag)?

De fire kostholdsspørsmålene hadde følgende seks svaralternativer: «Sjelden/aldri», «1-3 ganger per måned», «1 gang per uke», «2-3 ganger per uke», «4-6 ganger per uke» og «Daglig». Fordi svarfordelingene varierte mye på tvers av de fire kostholdsspørsmålene, valgte vi litt ulike inndelinger avhengig av spørsmål i denne rapporten: sjelden eller aldri inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk, daglig inntak av frukt og bær, daglig inntak av grønnsaker, og inntak av fisk 1 gang per uke eller oftere.

2.4.17 Tobakk: Røyking og bruk av snus

Deltakerne ble spurt om hvor ofte de røyker og hvor ofte de bruker snus. Begge spørsmålene hadde følgende svaralternativ: «Daglig», «Av og til», «Ikke nå, men tidligere daglig», «Ikke nå, men tidligere av og til» og «Har aldri røykt/brukt snus». I denne rapporten har vi valgt å skille mellom de som rapporterte daglig bruk og de som ikke rapporterte daglig bruk.

2.4.18 Alkohol

Her blir det først spurt "Har du noen gang drukket alkohol", med svaralternativene "Ja" og "Nei". Bare de som svarte ja på dette spørsmålet blir bedt om å svare på de etterfølgende spørsmålene om alkoholbruk.

Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C) ble benyttet som mål på alkoholvaner og potensielle alkoholproblem [11]. AUDIT-C er et mye brukt screening-instrument som dekker mengde og frekvensen av personens alkoholbruk ved hjelp av 3 spørsmål:

- I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du drukket alkohol? Svaralternativene er «aldri», «månedlig eller sjeldnere», «2-4 ganger i måneden», «2-3 ganger i uken» og «4 ganger i uken eller mer».
- Hvor mange alkoholenheter tar du på en «typisk» dag når du drikker alkohol? Svaralternativene er «1-2», «3-4», «5-6», «7-9» og «10 eller flere».

- Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning? Svaralternativene er «Aldri», «Sjeldnere enn månedlig», «Månedlig», «Ukentlig» og «Daglig eller nesten daglig».

Basert på svarene kan det regnes ut en skår mellom 0 (null) og 12 poeng, der høyere skår indikerer større risiko for potensielt problematisk alkoholbruk. Det er denne skåren som ble rapportert i noen av de tidligere rapportene fra folkehelseundersøkelsene.

I den foreliggende rapporten har vi forenklet ved å rapportere på to utfallsvariabler. Ett sett av diagrammer viser andel som oppgir at de drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere. Et annet sett av diagrammer viser andel som oppgir at de drikker minst seks enheter alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere (episodisk høyt alkoholforbruk).

2.4.19 Skader

Deltakerne ble spurt: «Har du i løpet av de siste 12 månedene vært utsatt for én eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?». Videre ble det spesifisert at dette gjaldt nye skader i perioden (de 12 månedene), og at 'oppsøkt lege' inkluderer fastlege, legevakt og kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det ble gitt tre svaralternativ: «Ja, en», «Ja, flere» og «Nei». I denne rapporten har vi skilt mellom de som hadde blitt utsatt for minst én skade og de som ikke hadde det.

Det ble også spurt om årsaken til skade med tre svaralternativ: «Ulykke», «Vold/overfall» og «Annen årsak». Det ble også spurt hvor skaden skjedde og hva en holdt på med da skaden skjedde. Her viser vi til spørreskjemaet (smp. 23b og 23c) der alle svaralternativene på begge disse spørsmålene er gjengitt. *Resultater basert på spørsmålene om årsak til skaden, hvor den skjedde og hva respondenten holdt på med da den skjedde er ikke tatt med i den foreliggende rapporten.*

2.4.20 Støy

Deltakerne ble spurt om hvor mye de var blitt plaget av støy fra veitrafikk hjemme de siste 12 månedene. De ble også spurt om hvor mye de var blitt plaget av støy fra andre kilder. Svaralternativene på begge disse spørsmålene var: «Ikke plaget», «Litt plaget», «Middels plaget», «Mye plaget» og «Svært mye plaget». I denne rapporten har vi skilt mellom de som ble ikke eller litt plaget, og de som var middels/mye/svært mye plaget.

2.4.21 Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet er i sin helhet hentet fra en rapport om måling av livskvalitet som ble utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 [12]. Alle spørsmålene fra det som i rapporten kalles «Minimumslisten» er tatt inn blant spørsmålene som inngår i folkehelseundersøkelsene. To spørsmål er lagt inn i øvrige deler av spørreskjemaet (Spm. 6 – «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse ...»; Spm. 15.1 – «Hvor mange personer står deg så nær ...»). Disse er nærmere beskrevet ovenfor. De øvrige presenteres her.

Enkelte spørsmål i livskvalitetsdelen av skjemaet overlapper sterkt med spørsmål som inngår i de tidligere delene av skjemaet, for eksempel HSCL-5 skalaen. I spørreskjemaet la vi derfor inn følgende setning for å forklare dette for deltakerne i studien:

«Nå kommer en rekke spørsmål som handler om livskvalitet. Du vil kanskje oppleve at noe av det vi spør om her allerede er spurt om tidligere. Det er likevel viktig at du tar deg tid til å svare også på disse spørsmålene.»

Aller først i livskvalitetsdelen kommer to spørsmål om hvordan en opplever livet: Fornøydhhet med livet og om livet oppleves som meningsfylt. Disse er besvart ved bruk av 11-punkts skalaer som går fra 0 til 10 og der 0 for eksempel betyr «Ikke glad i det hele tatt» og 10 betyr «Svært glad». I analysene i denne rapporten presenterer vi gjennomsnittstall for alle spørsmål der det benyttes 11-punkts skalaer som responskategorier.

I livskvalitetsdelen inngår også åtte spørsmål der deltakerne ble bedt om å vurdere hvordan de hadde opplevd de siste syv dagene med hensyn til å være:

- Glad
- Bekymret
- Trist
- Irritert
- Ensom
- Engasjert
- Rolig og avslappet
- Engstelig

Også disse besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10).

Etter en del statistiske analyser (blant annet faktoranalyser og reliabilitetsanalyser) og vurdering av det begrepsmessige innholdet i leddene, valgte vi i denne rapporten å kombinere følgende ledd til en sumskår¹⁵ (meanscore) som handler om opplevelsen av negative følelser de siste 7 dagene: «Bekymret», «Trist», «Irritabel» og «Engstelig». Valid skår fikk alle som hadde svart på minst to av leddene. To andre ledd ble kombinert til en sumskår (meanscore) som dreier seg om opplevelse av positive følelser de siste 7 dagene: «Glad» og «Rolig og avslappet». Valid skår fikk alle som hadde svart på minst ett av leddene. De to leddene «Ensomhet» og «Engasjement» ble analysert som enkeltledd.

To spørsmål, hentet fra Dieners Flourishing Scale, handler om sosiale relasjoner. Det første av disse er et direkte mål på sosial støtte. Det spørres om respondenten oppfatter sine sosiale relasjoner som støttende og givende. Det andre spørsmålet dreier seg om i hvilken grad respondenten opplever å bidra aktivt til andres lykke og livskvalitet. Også disse besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10). Disse to ble slått sammen til en sumskår (meanscore) som vi kalte «Sosiale relasjoner». En mer presis og dekkende betegnelse ville vært «Gjensidig positive sosiale relasjoner». Valid skår fikk alle som hadde svart på minst ett av leddene.

To andre spørsmål i livskvalitetsdelen av skjemaet (PHQ-2 – screening instrument for depresjon) overlapper sterkt med HSCL-5. Det ene handler om det å ha hatt lite interesse for eller glede over å gjøre ting de siste 14 dagene. Det andre dreier seg om å ha vært nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet. Også her dreier det seg om de siste 14 dagene. Begge besvares med følgende kategorier: «Ikke i det hele tatt», «Noen dager», «Mer enn halvparten av dagene» og «Nesten hver dag eller hver dag».

¹⁵ Når vi i denne rapporten omtaler sumskårer, handler det nesten alltid om at vi har laget en sumskår som er delt med antall ledd som inngår. Dette heter på engelsk en «meanscore». Kaller vi dette «gjennomsnittsskår» på norsk, vil det hele tiden bli forvekslet med gjennomsnitt som regnes ut på tvers av individer innen grupper. For å unngå dette problemet, kaller vi disse skårene konsekvent «sumskårer».

Siden det er så sterk overlapp med HSCL-5, presenteres det ikke noen resultater basert på disse to spørsmålene i denne rapporten.

Under overskriften «Sosialt fellesskap og tillit er det med fire spørsmål. Det spørres først om hvor ofte informantene er sammen med gode venner¹⁶. Responskategoriene er: «Omtrent daglig», «Omtrent hver uke, men ikke daglig», «Omtrent hver måned, men ikke ukentlig», «Noen ganger i året», «Sjeldnere enn hvert år» og «Har ingen gode venner». Dette spørsmålet inngår ikke i noen sumskår, men analyseres for seg. Vi rapporterer andel som har svart ukentlig eller oftere.

I likhet med de fleste spørsmålene i livskvalitetsdelen av skjemaet er også det neste spørsmålet benyttet i mange tidligere studier, og det handler om i hvilken grad andre er til å stole på (tillit). Spørsmålet etterpå dreier seg om tilhørighet til stedet en bor på. Igjen benyttes den samme 11-punkts skalaen. Dette spørsmålet analyseres for seg.

Det siste spørsmålet i livskvalitetsdelen av skjemaet dreier seg om hvor trygg en føler seg når en er ute og går i nærmiljøet. Også dette spørsmålet besvares ved bruk av 11-punkts skalaen (0-10) og presenteres for seg i denne rapporten.

2.4.22 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon

Spørsmålet om høyeste fullførte utdanning, som kommer først i denne delen, har vi gjort rede for ovenfor. Deretter kommer det et spørsmål om en opplever at husholdningens samlede inntekt strekker til i det daglige. Svarkategoriene er «Svært vanskelig», «Vanskelig», «Forholdsvis vanskelig», «Forholdsvis lett», «Lett», «Svært lett» og «Vet ikke». I denne rapporten ser vi på andel som rapporterer at det er «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig» å få pengene til å strekke til i det daglige.

Deretter kommer et spørsmål om arbeids- eller livssituasjon med til sammen 11 mulige svar, der det er tillatt å sette kryss mer enn ett sted. Det vises til appendiks i denne rapporten der spørsmålet er gjengitt som nr. 38.

Til slutt i den delen av skjemaet som er utarbeidet av Folkehelseinstituttet, eller som er hentet fra rapporten om måling av livskvalitet, er det med et spørsmål om sivil status. Svarkategoriene er «Gift/registrert partner», «Samboende», «Har kjæreste (som du ikke bor sammen med)» og «Enslig».

I denne rapporten presenteres, av plasshensyn, ikke resultater for grupper definert ved sivil status eller ved arbeids- eller livssituasjon.

2.4.23 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Rogaland

I forbindelse med folkehelseundersøkelsen i Rogaland er det utviklet en del tilleggsspørsmål. De handler om landbakgrunn, personer i husstanden, mobbing, mobilitet, bruk av grøntområder problemer med tilgang til steder, tilpasning av bolig og spørsmål med utgangspunkt i koronaepidemien. *Resultater basert på disse tilleggsspørsmålene presenteres ikke i denne rapporten.*

¹⁶ Dette spørsmålet har et ufullstendig sett av svarkategorier. Mellom de to svarene «Noen ganger i året» og «Sjeldnere enn hvert år», burde det settes inn et ekstra svar «Omtrent en gang i året».

2.5 Statistiske analyser

Utfallsmål som er kategoriske presenteres i noen få tilfeller med procenter for alle kategoriene. Men som regel kodes de om til dikotome utfall, og sammenhengene med prediktorer beskrives ved bruk av procenter og 95-prosent konfidensintervall. Konfidensintervallene er et uttrykk for presisjon og usikkerhet når vi skal bruke tallene som er regnet ut på grunnlag av utvalgsdata for å si noe om populasjonen. Konfidensintervallene fanger bare opp den usikkerheten som skyldes størrelsen på utvalget. De fanger ikke opp noen av de systematiske feilene som gjerne oppstår på grunn av frafall.

Noen variabler er metriske eller kan betraktes som metriske. Eksempler er alder og psykiske plager sumskår (gjennomsnittet av skårer på enkeltledd). Også de variablene som besvares på en skala fra 0-10 betraktes her som metriske. For alle disse regner vi ut gjennomsnitt og 95-prosent konfidensintervall.

Det aller første diagrammet som presenteres viser gjennomsnittsalder for alle regionene i de to fylkene. Deretter vises andel kvinner etter region og utdanningsnivå etter region.

For hver utfallsvariabel kjører vi deretter et bestemt sett av analyser. Først oppgis tallet (prosenten eller gjennomsnittet samt konfidensintervall) for hele materialet. Deretter oppgis tallene separat for menn og kvinner (igjen med konfidensintervall).

Så vises utfallsvariabelen brutt ned på regioner både uten justering for andre variabler og med justering for kjønn, alder og utdanning. At vi justerer betyr i denne sammenhengen at vi beregner tall for hver enkelt region under den forutsetning at regionene har lik fordeling på kjønn, alder og utdanning. I tidligere rapporter har vi lagt mest vekt på de justerte forskjellene mellom regioner. I denne rapporten legger vi mest vekt på å beskrive de ujusterte tallene og kommentere hver gang vi ser at de justerte verdiene avviker tydelig fra de ujusterte. På denne måten får vi beskrevet begge settene av resultater bedre. Dessuten er vi i utgangspunktet minst like interesserte i ujusterte som justerte verdier.

Deretter presenteres utfallsvariabelen etter utdanningsnivå og kjønn. Her er det justert for alder, og analysene blir bare gjort på de som er 26 år eller eldre og som ikke er under utdanning. Så presenteres utfallsvariabelen etter alder og kjønn uten justering for noen andre variabler. Resultatene blir presentert ved bruk av stolpediagrammer som også viser totalgjennomsnitt og konfidensintervall.

De fleste stolpediagrammene har y-akser (vertikale akser) som starter på den laveste verdien på skalaen, oftest tallet 0 (null). Dette blir vanligvis anbefalt. Hvis en starter y-aksen på verdier som er høyere enn den laveste verdien, for eksempel på 50 % i stedet for på null prosent, kan forskjellene mellom gruppene virke større enn de faktisk er. Vi har likevel noen ganger valgt å la y-aksen starte på tall større enn skalaens laveste verdi. Dette fordi det da blir lettere å se variasjonen på tvers av enheter, og det blir lettere å lese av størrelsen på konfidensintervallene.

I denne rapporten presenteres ikke tall for enkeltkommuner, bare for regioner innen fylkene. I et sett av tilleggs-tabeller vil det bli gitt tall for den enkelte kommune på alle de utfallsvariablene som er med i denne rapporten.

Det at vi oversamlet i noen kommuner og bydeler, har gjort det nødvendig å benytte vektning i de fleste statistiske analysene. Vi har vektet ned tallene for alle kommunene der vi har oversamlet. Jo større oversampling, desto lavere vekter. Dette for å gi riktigere tall for regionene og for Rogaland sett under ett. Vektingen er gjort slik at antallet observasjoner etter vektning er nokså likt antall observasjoner før vektning.

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosent. Når utfallsvariablene er metriske (for eksempel 0-10-skalaene), benytter vi GLM (General Linear Modelling). Postestimeringene tar hensyn til at det er ulike antall respondenter på tvers av grupper, og aggregerer den gjennomsnittlige statistiske påvirkningen av justeringsvariablene for hver deltaker¹⁷.

De fleste statistiske analysene er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 15. Noen supplerende analyser og kontroll av analysene som ble gjort i STATA er utført ved bruk av SPSS versjon 25.

Når vi beskriver forskjeller mellom grupper på utfallsmål der det er benyttet skalaer med tall fra 0-10, er det vanskelig ut fra tallene å si noe meningsfylt om størrelsen på disse forskjellene. Vi har derfor valgt å beskrive forskjellene ved hjelp av effektstørrelser (Cohens *d*) [13]. Denne statistiske størrelsen beregner vi ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik. Cohen har gitt retningslinjer for hvordan en skal karakterisere effektstørrelser. En effektstørrelse på 0,20 betyr at effekten er liten. Når den er på 0,50 er effekten middels. Når den er 0,80, er effekten stor. Når en for eksempel benytter effektstørrelser til å beskrive effektene av psykoterapi i forbindelse med randomiserte, kontrollerte forsøk, er dette sannsynligvis en grei begrepsbruk. I vår sammenheng er det annerledes. Vi benytter effektstørrelser til å beskrive forskjeller mellom store grupper i samfunnet, for eksempel mellom regioner innen fylker. I denne sammenhengen virker Cohens begrepsbruk litt for konservativ. Vi har derfor valgt å si at effektstørrelser som er minst 0,10, men mindre enn 0,25 er små, at de som er minst 0,25, men mindre enn 0,50 er middels, og at de som er 0,50 eller mer, er store. Cohen har selv anbefalt at man ikke følger hans vurdering av effektstørrelser slavisk, men vurderer bruken i hver enkelt kontekst [13].

Ikke alle vil være enige i at Cohens *d* bør brukes slik vi gjør her. Denne statistiske størrelsen gir mest mening når en har skalaer som virkelig representerer målinger på intervall-nivå (for eksempel høyde eller vekt) og når variablene er normalfordelte. Den 0-10-skalaen vi benytter på mange av utfallsvariablene er strengt tatt ikke en intervall-skala, men kan kanskje best beskrives som en ordinalskala. Dessuten er variablene for det meste nokså skeivfordelte. Dette vanskeliggjør tolkningen. Vi har likevel, i denne rapporten, valgt å bruke Cohens *d* i en del sammenhenger. Vi har foreløpig ikke funnet noe bedre alternativ. Ved utregning av effektstørrelser har vi i denne rapporten, også når vi sammenligner med andre fylker, benyttet standardavvikene som er regnet ut for Rogaland.

Et annet problem er å vurdere størrelsen på forskjellen mellom proporsjoner eller prosent. Er det en liten, middels eller stor forskjell når prosenten som røyker daglig i ett område er 5 % og andelen som røyker daglig i et annet område er for eksempel 9 %. For vurdere effektstørrelser her har vi benyttet Cohens *h* [13]. For å regne ut *h* benytter en denne formelen:

$$h = \varphi_1 - \varphi_2$$

når

$$\varphi_1 = 2 \arcsin \sqrt{p_1}$$

og

$$\varphi_2 = 2 \arcsin \sqrt{p_2}$$

¹⁷ <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

p_1 og p_2 er de to proporsjonene (uttrykt ved verdier mellom 0,00 og 1,00) som skal vurderes mot hverandre. En viktig egenskap ved denne formelen er at den gir effektstørrelser som er symmetriske om 0,50 (50 %). Forskjellen mellom h -verdiene når proporsjonene er 0,10 og 0,20 er lik forskjellen mellom h -verdiene når proporsjonene er 0,80 og 0,90. I begge disse tilfellene blir Cohens h lik 0,28.

Vi benytter her de samme vurderingene som for Cohens d . Svake sammenhenger er i området 0,10-0,25, middels sterke i området 0,25-0,50. Sterke er sammenhengene hvis de har en effektstørrelse på 0,50 eller høyere. Sammenhenger som er under 0,10 er som regel ikke verdt å legge vekt på.

Vi har først og fremst benyttet effektstørrelser når vi har sammenlignet regioner innen fylket og regionenes avvik fra gjennomsnittstall for hele fylket. Dette fordi disse forskjellene ofte er små, og fordi det da er viktig å skille mellom de uvesentlige forskjellene og de som betyr litt mer. Når vi ser på sammenhenger mellom utfallsvariabler og demografiske variabler som kjønn, utdanning og alder, er sammenhengene oftest sterkere og lettere å tolke uten å benytte effektstørrelser. Likevel har vi i noen tilfeller også benyttet effektstørrelser i slike sammenhenger.

Effektstørrelser er spesielt nyttige på metriske skalaer som for eksempel skalaene som går fra 0-10 og som er brukt på mange spørsmål i livskvalitetsdelen av spørreskjemaet. Forskjellene mellom gjennomsnittsverdier på disse skalaene gir i seg selv nokså lite mening. Målt i form av effektstørrelser er det lettere å vurdere om sammenhengene er svake, middels eller sterke. Da benytter vi Cohens d .

Prosent og prosentforskjeller gir mer intuitiv mening. Men når prosentene er små eller svært høye kan de være vanskeligere å vurdere. De kan også være vanskeligere å vurdere når forskjellene er små. I slike tilfeller har vi en del ganger benyttet Cohens h .

Figurene eller diagrammene som er presentert i denne rapporten følger et stykke på vei, men langt fra helt, samme rekkefølge som spørsmålene i spørreskjemaet.

Om trekking av utvalg, vekting og justeringer

Utvalgene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er trukket på en slik måte at de er representative. Dette er ikke det samme som rent tilfeldig utvalg. For å få et større antall observasjoner i de minste geografiske enhetene (kommuner, bydeler), trekker vi her ekstra store utvalg (høyere prosent av innbyggerne). Men innen hvert geografiske område trekker vi rent tilfeldig. At vi trekker ulike prosent i ulike geografiske områder, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjøres ved å vekte data. Det betyr at svar fra de personene som kommer fra områder der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder der vi prosentvis har trukket ut en lav andel.

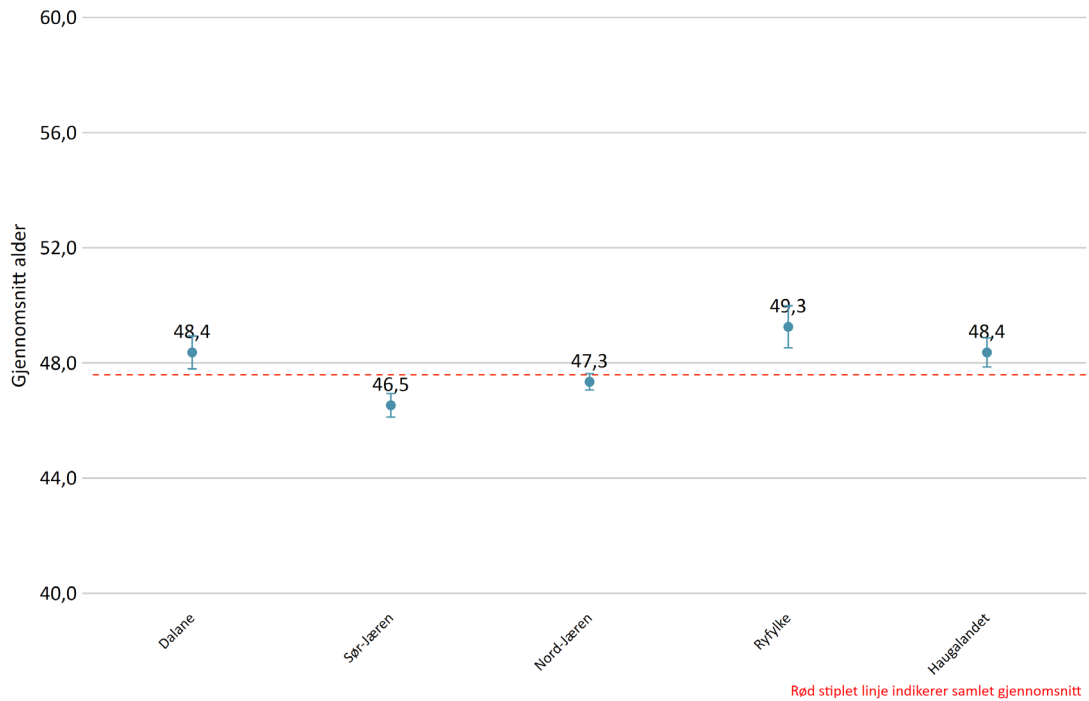
Dette må ikke forveksles med det å justere en forskjell mellom grupper for andre variabler. Dersom vi for eksempel vil sammenligne regioner innen fylket, kan vi regne ut tallene ut fra den forutsetning at alle regionene har samme kjønnsfordeling, samme aldersfordeling og samme fordeling på utdanningsgrupper. Dette får vi til ved å bruke ulike varianter av multipl regresjonsanalyse.

3 Resultater



3.1 Alder: Regioner i Rogaland

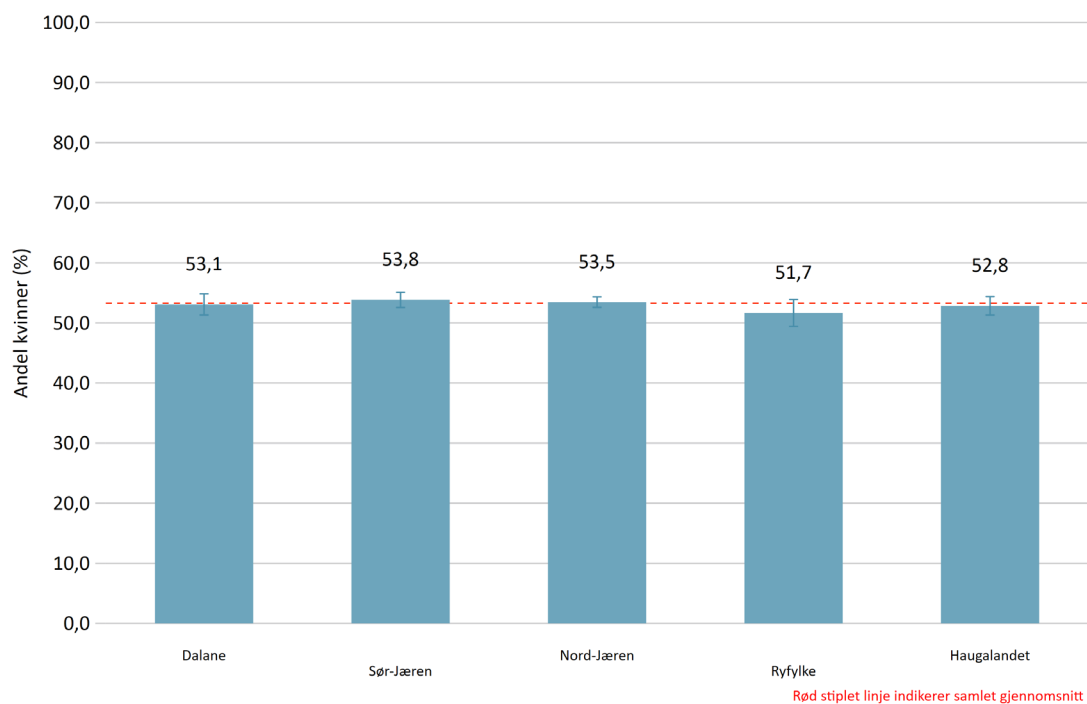
Figur 1: Alder på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser gjennomsnittsalder for utvalget, samlet (rød, stiplet linje) og for hver region i Rogaland. Gjennomsnittsalderen for alle i utvalget er 47,6 år (Kvinner: 46,2 år; Menn: 49,2 år) (vektede tall). Det er noe variasjon i gjennomsnittsalder på tvers av regionene. Gjennomsnittsalderen er lavest i Sør-Jæren og høyest i Ryfylke.

3.2 Kjønn: Regioner i Rogaland

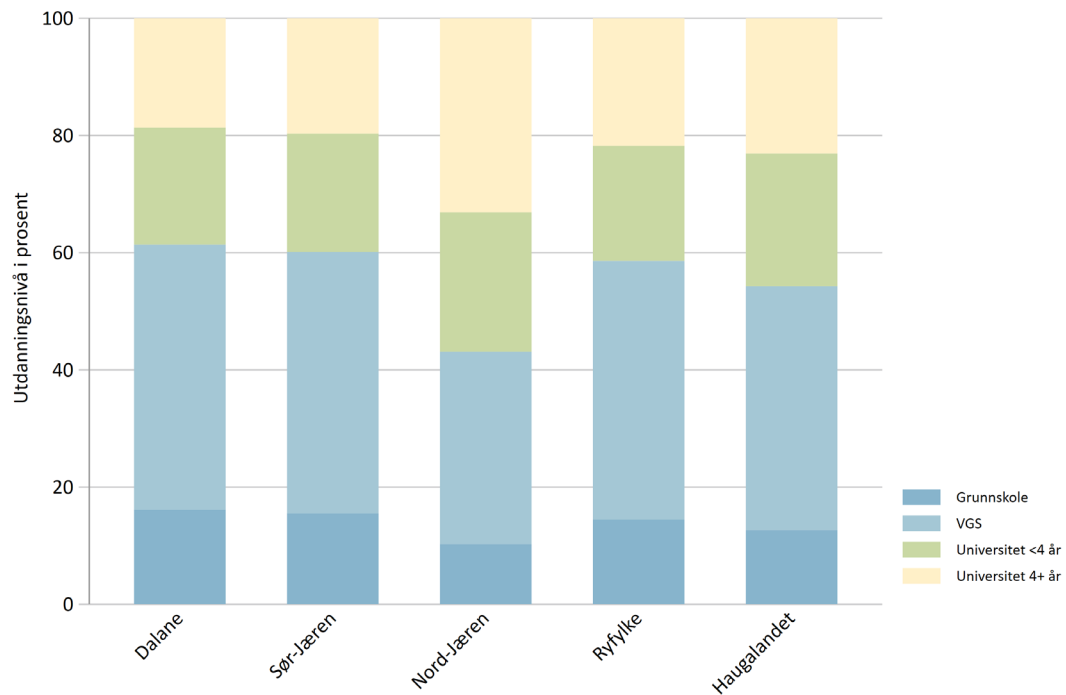
Figur 2: Kjønn på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen kvinner i utvalget, samlet og for hver region i Rogaland. Kvinner utgjør 53,3 % av utvalget (vektet tall) på tvers av regionene i Rogaland.

3.3 Utdanningsnivå: Regioner i Rogaland

Figur 3: Utdanningsnivå på tvers av regioner i Rogaland

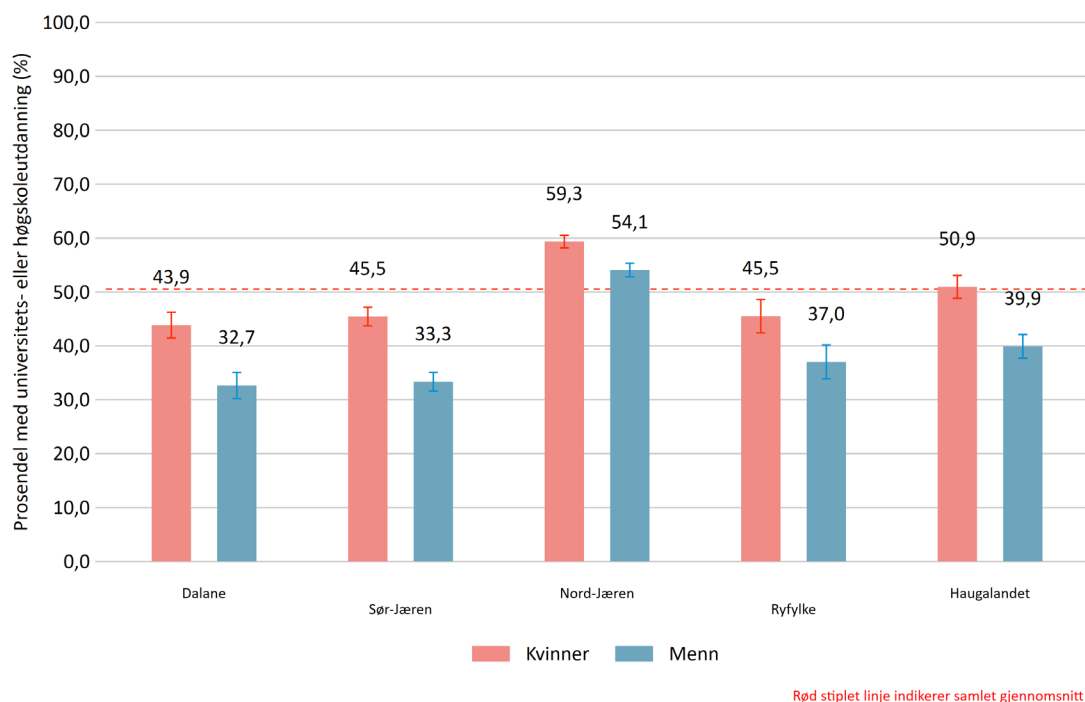


Figuren viser utdanningsnivå i prosenter for hver region. Andel med grunnskole utgjør 12,0 % av utvalget. Andel med videregående eller tilsvarende utgjør 37,5 %, de med høgskole eller universitetsutdanning med en varighet på mindre enn fire år utgjør 22,6 % og de med universitets- eller høgskoleutdanning på 4 år eller mer utgjør 27,9 % (vektede tall).

Nord-Jæren har høyest andel med universitets- eller høgskoleutdanning og Dalane og Sør-Jæren har lavest andel. Nord-Jæren har laveste andel med lavere utdanningsnivå (grunnskole eller videregående skole som høyeste utdanningsnivå) sammenlignet med andelen i de andre regionene.

3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Rogaland

Figur 4: Todelt utdanningsnivå på tvers av regioner i Rogaland

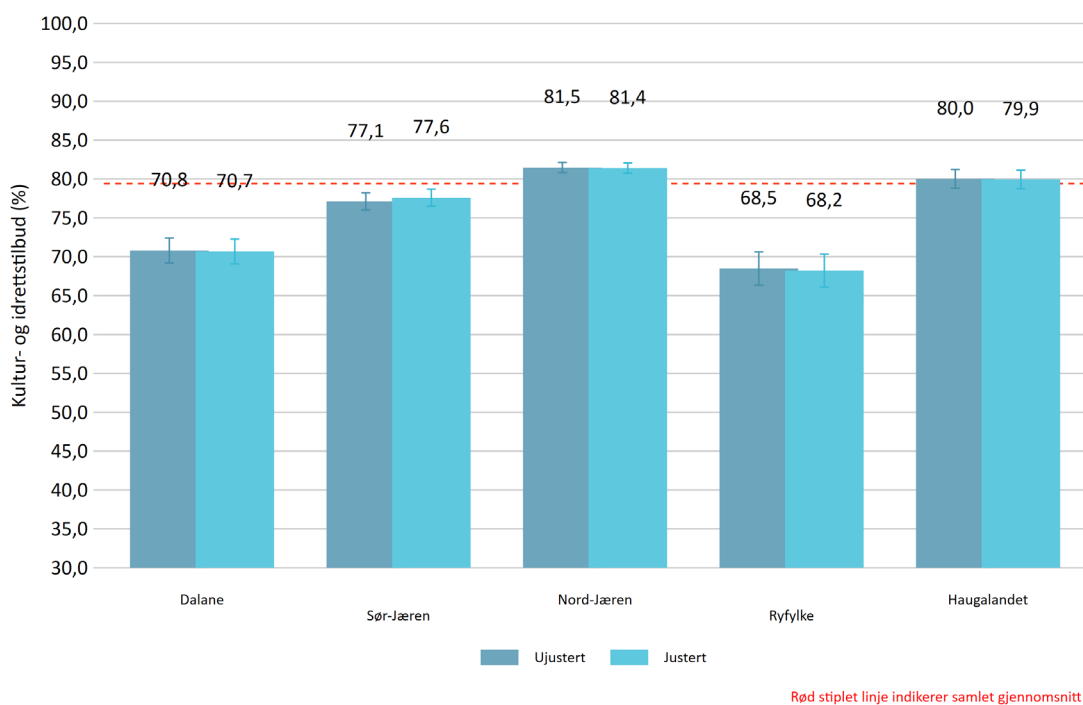


Figuren viser andelen med universitets- eller høyskoleutdanning separat for kvinner og menn for hver region. Andel med universitets- eller høyskoleutdanning utgjør totalt 50,6 % (vektet tall). Både blant menn og blant kvinner er andel med universitets- eller høyskoleutdanning høyest på Nord-Jæren og nest høyest på Haugalandet. Alle regionene har i dette materialet en betydelig høyere andel kvinner enn menn med universitets- eller høyskoleutdanning.

3.5 Kultur- og idrettstilbud

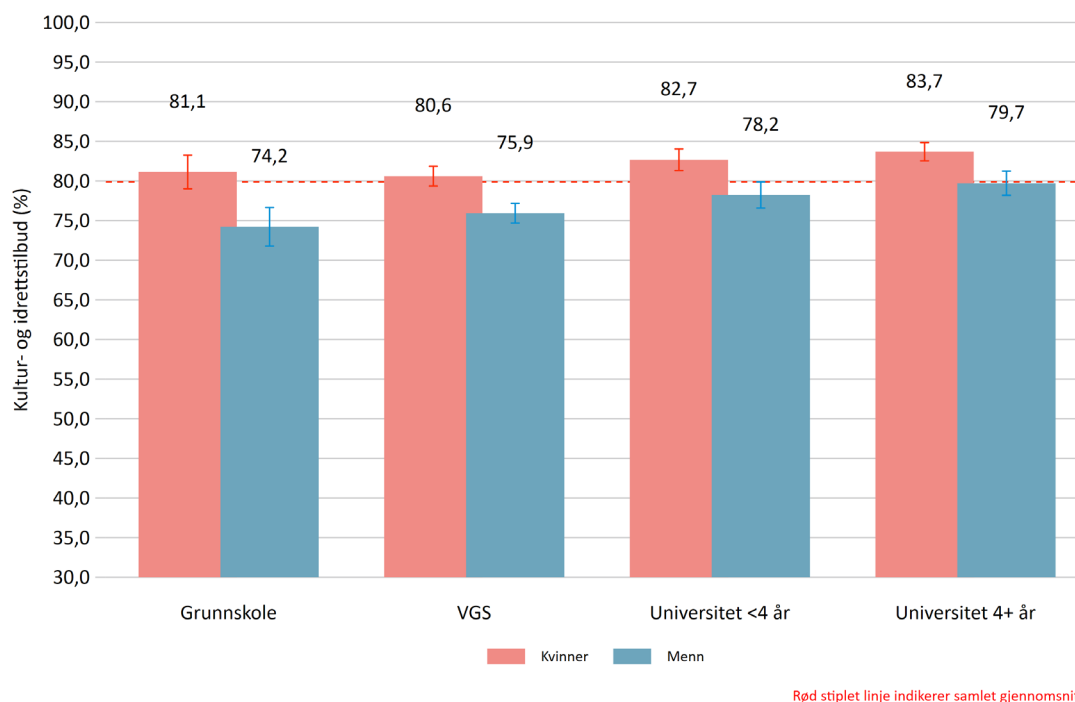
Totalt 34 725 deltakere av 35 191 (98,7 %) hadde gyldig besvarelse på Kultur- og idrettstilbud. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **79,41 %** (KI95%: 78,92-79,90). Andelen for kvinner var 81,37 % (n=18 534; KI95% 80,72-82,01) og andelen var 77,16 % (n=16 191; KI95% 76,41-77,91) for menn.

Figur 5: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på kultur- og idrettstilbud på tvers av regioner i Rogaland



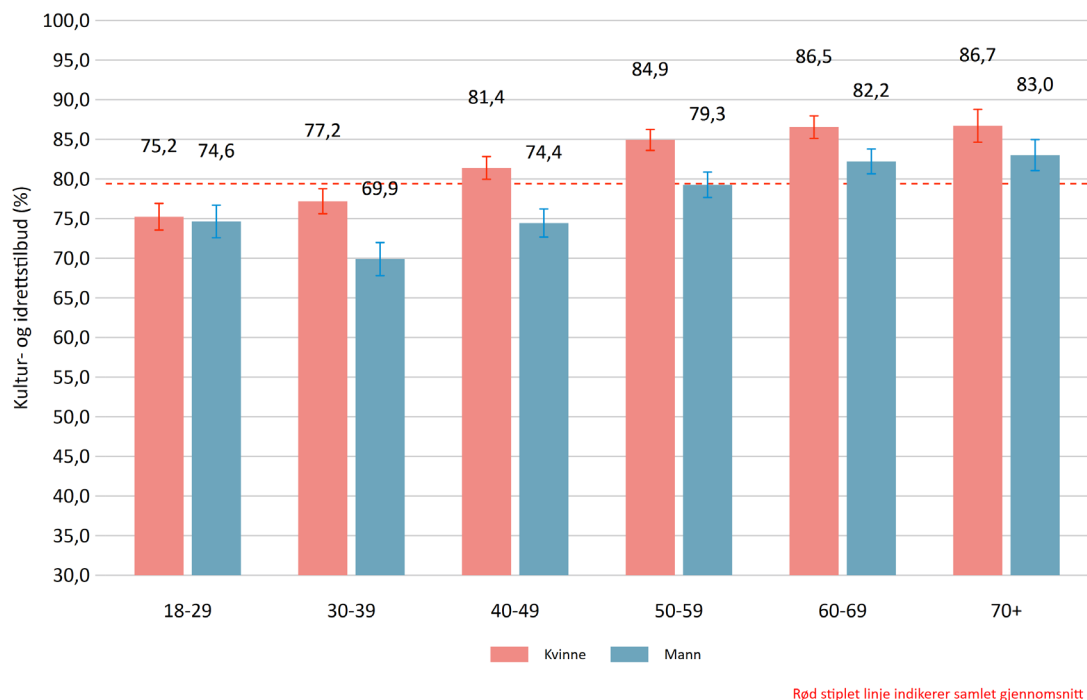
Figuren viser tilgang til kultur- og idrettstilbud, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Andelen som oppgir god tilgang (god eller svært god) varierer en del mellom regionene. Det er omtrent 12 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste (ujusterte tall). Nord-Jæren og Haugalandet har den høyeste andelen som oppgir god tilgang til kultur- og idrettstilbud, mens Dalane og Ryfylke har den laveste andelen som oppgir god tilgang. Sør-Jæren ligger også rett under gjennomsnittet for Rogaland som helhet. Det er kun små forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 6: Andel som oppgir god eller svært god tilgang på kultur- og idrettstilbud fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som oppgir god (god eller svært god) tilgang til kultur- og idretts-tilbud fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er det mulig å se at andelen som oppgir god tilgang til kultur- og idrettstilbud øker med økende utdanningsnivå. Økningen er mest tydelig blant menn. Blant kvinner er forskjellen mellom gruppen med videregående som høyeste utdanning og gruppen med høyest utdanning statistisk sikker. Blant menn er forskjellen mellom gruppen med høyest utdanning og de to gruppene med kortest utdanning statistisk sikker. Det er flere kvinner enn menn som rapporterer at de har god tilgang til kultur- og idrettstilbud i alle utdanningsgruppene og forskjellene er statistisk sikre på tvers av utdanningsnivå.

Figur 7: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på kultur- og idrettstilbud fordelt på kjønn og alder, Rogaland

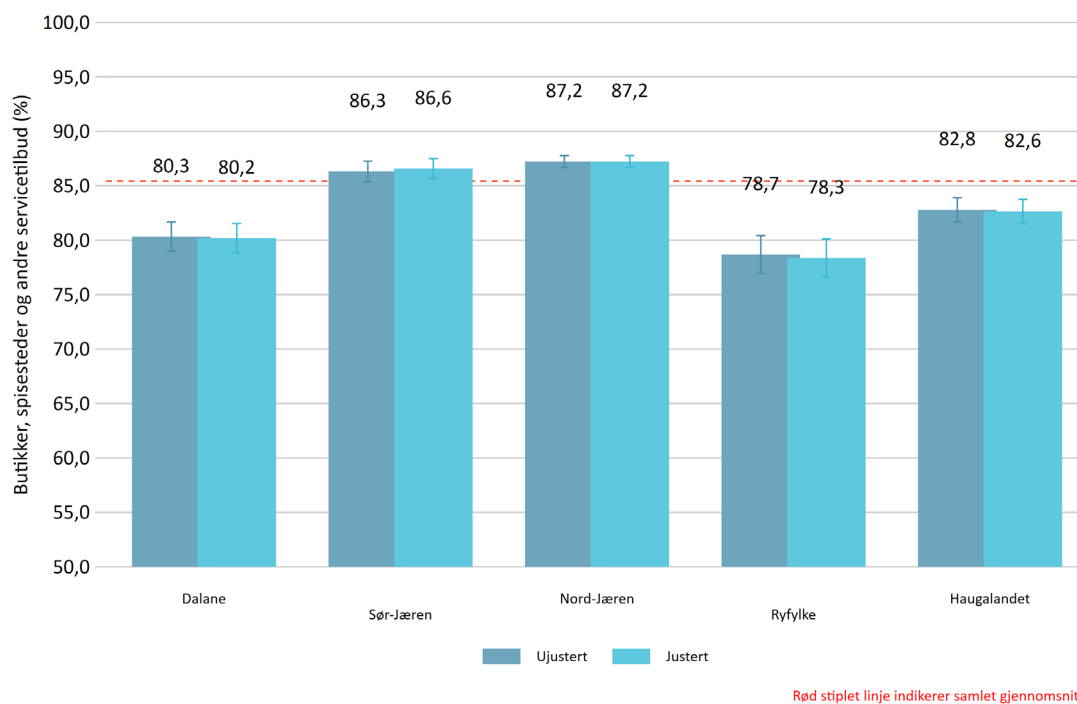


Figuren viser andelen som oppgir god (god eller svært god) tilgang til kultur- og idretts-tilbud fordelt på kjønn og alder. For kvinner øker andelen som oppgir god tilgang til kultur- og idrettstilbud med økende alder, der dette flater noe ut i de eldste aldersgruppene. Forskjellene er statistisk sikre mellom de yngste aldersgruppene (18-29 år og 30-39 år) og de øvrige aldersgruppene. Blant menn øker andelen som oppgir god tilgang fra den nest yngste aldersgruppen (30-39 år) til den eldste (70+). Flere oppgir god tilgang til kultur- og idrettstilbud i den yngste aldersgruppen (18-20 år) enn i den nest yngste gruppen (30-39 år), med en statistisk sikker forskjell.

3.6 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud

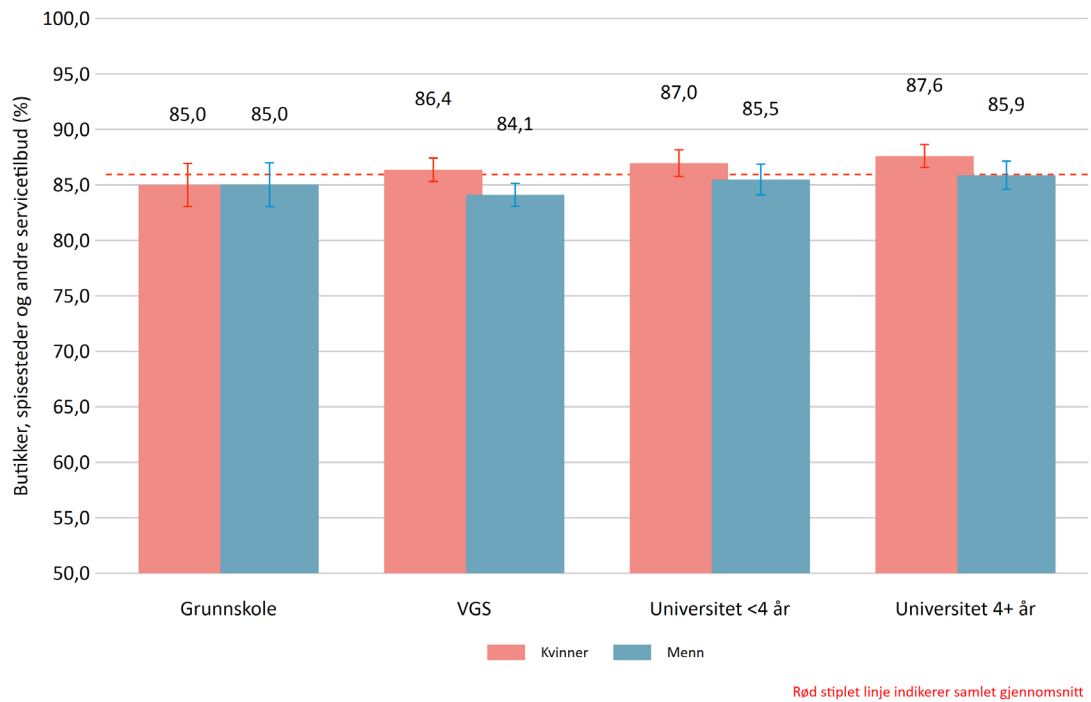
Totalt 35 107 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **85,42 %** (KI95%: 85,00-85,85). Andelen for kvinner var 86,09 % (n=18 680; KI95% 85,52-86,65) og andelen var 84,67 % (n=16 427; KI95% 84,04-85,30) for menn.

Figur 8: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud på tvers av regioner i Rogaland



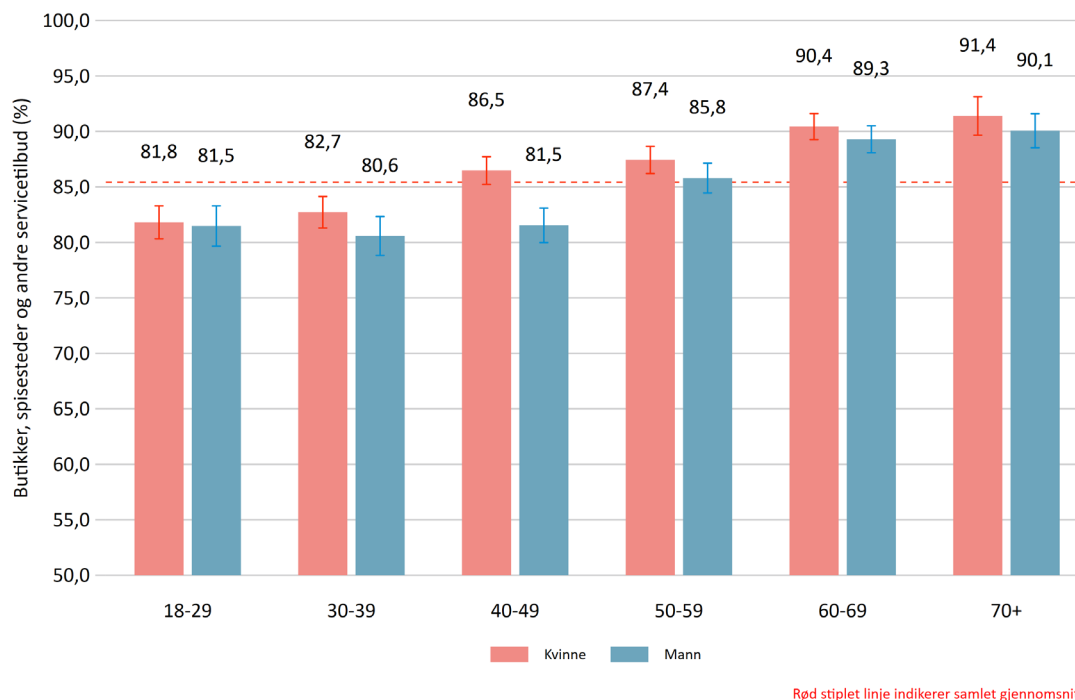
Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til butikker, spisesteder og andre servicetilbud på tvers av regioner i Rogaland. Andelen som oppgir god tilgang varierer noe over regioner. Det er omtrent 8 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste (ujusterte verdier). Sør-Jæren og Nord-Jæren ligger over gjennomsnittet, mens Dalane og Ryfylke ligger betydelig under fylkesgjennomsnittet. En større andel rapporterer god tilgang i Haugalandet enn i Dalane og Ryfylke. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte verdier.

Figur 9: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer om god (god eller svært god) tilgang til butikker, spisesteder og andre servicetilbud fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner er andelen som oppgir god tilgang til butikker og servicetilbud rimelig stabil på tvers av utdanningsnivå. I gruppen med videregående som høyeste utdanning er det en større andel kvinner enn menn som rapporterer god tilgang til butikker og servicetilbud. I de øvrige utdanningsgruppene er det ingen statistisk sikre forskjeller mellom menn og kvinner.

Figur 10: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud fordelt på kjønn og alder, Rogaland

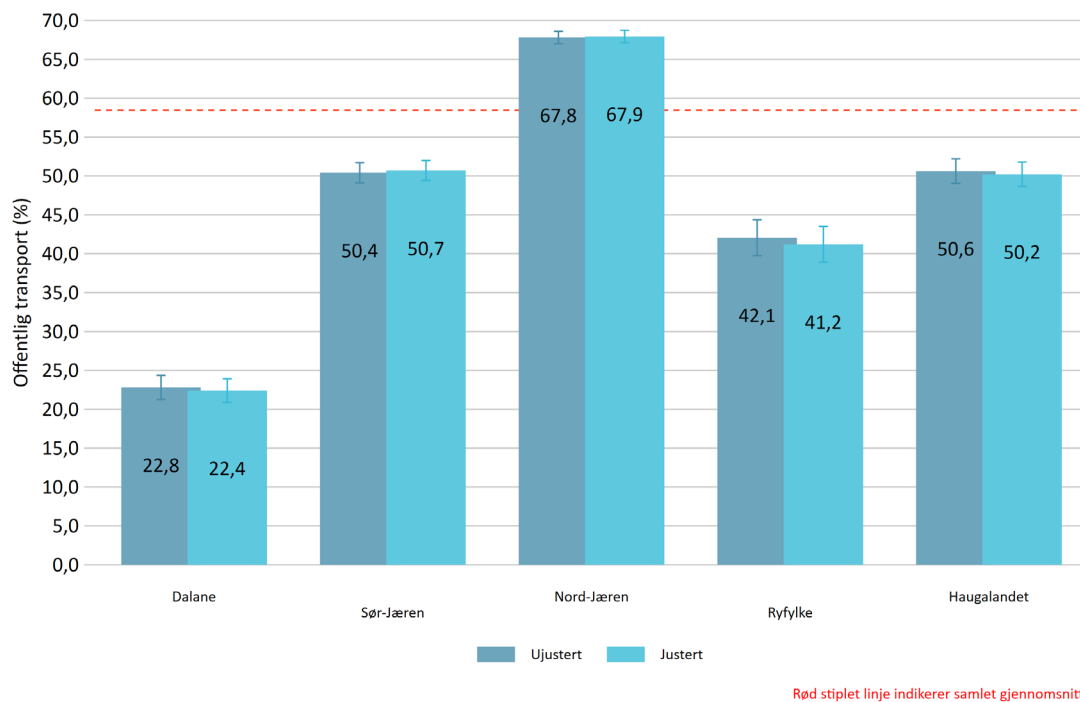


Figuren viser andelen som rapporterer om god (god eller svært god) tilgang til butikker, spisesteder og andre servicetilbud fordelt på kjønn og alder. For kvinner er det en økning i andelen som oppgir god tilgang til butikker og servicetilbud fra den nest yngste gruppen (30-39 år) og med økende alder. For menn starter denne økningen først etter 40-49 år. I aldersgruppen 40-49 år er det en statistisk sikker forskjell mellom menn og kvinner, hvor en lavere andel menn rapporterer god tilgang til butikker og servicetilbud. I de øvrige aldersgruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

3.7 Offentlig transport

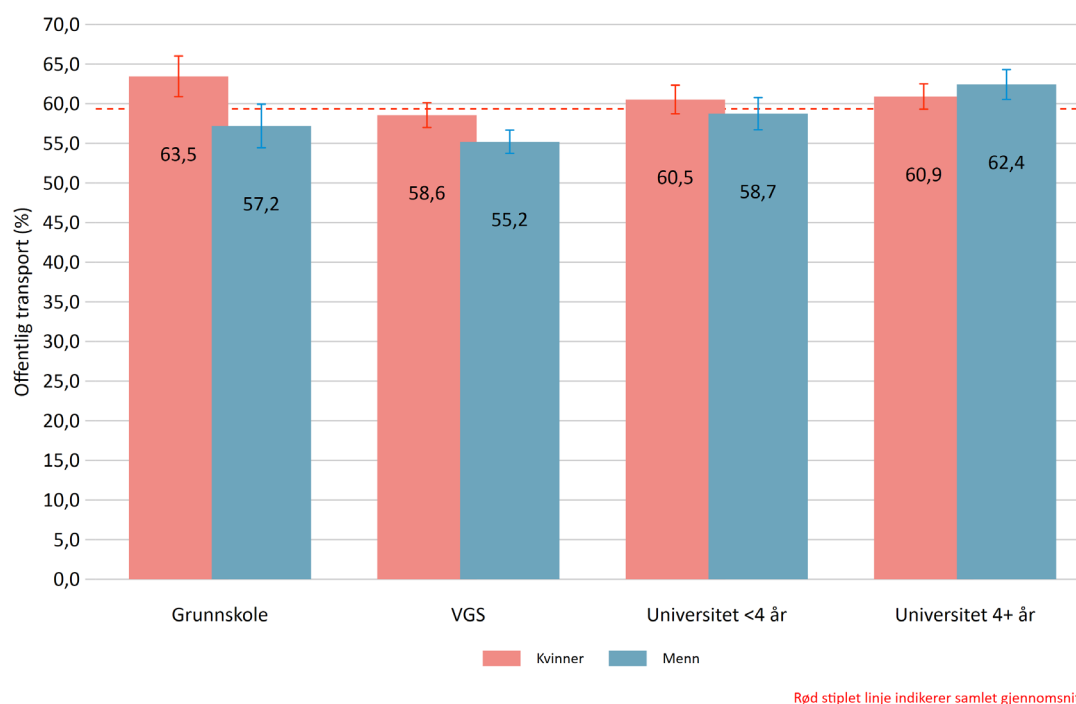
Totalt 33 862 deltakere av 35 191 (96,2 %) hadde gyldig besvarelse på Offentlig transport. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **58,46 %** (KI95%: 57,85-59,08). Andelen for kvinner var 59,08 % (n=18 078; KI95% 58,24-59,91) og andelen var 57,76 % (n=15 784; KI95% 56,85-58,66) for menn.

Figur 11: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på offentlig transport på tvers av regioner i Rogaland



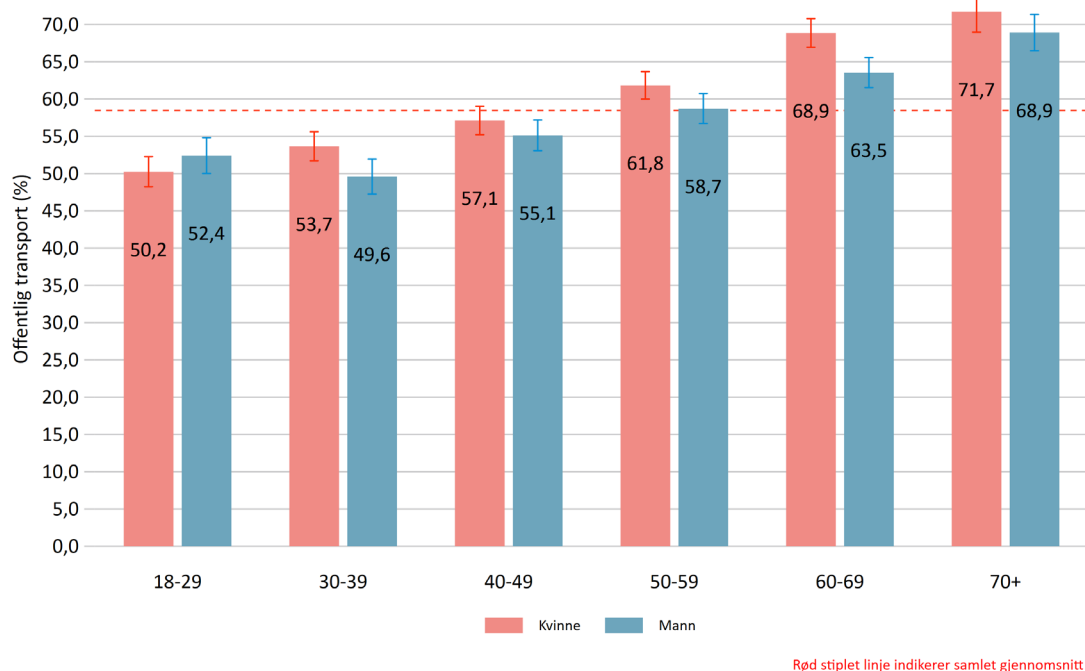
Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til offentlig transport, samlet og på tvers av regioner. Andelen som oppgir god tilgang varierer betydelig over regioner. Det er omtrent 44 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste (ujusterte verdier), hvor Nord-Jæren ligger betydelig over fylkesgjennomsnittet og Dalane ligger betydelig under fylkesgjennomsnittet og hver av de øvrige regionene. Sør-Jæren, Ryfylke og Haugalandet ligger også under fylkesgjennomsnittet, hvor Ryfylke ligger betydelig lavere enn Sør-Jæren og Haugalandet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 12: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på offentlig transport fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til offentlig transport fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen som rapporterer god tilgang til offentlig transport lavere blant dem med videregående som høyeste utdanning sammenlignet med de øvrige utdanningsgruppene. Blant menn er andelen som rapporterer god tilgang lavere blant dem med videregående som høyeste utdanning sammenlignet med gruppene med høyere utdanning, men ikke sammenlignet med gruppen med grunnskole som høyeste utdanning. I gruppen med grunnskole og gruppen med videregående som høyeste utdanning er det en større andel kvinner enn menn som rapporterer god tilgang til offentlig transport.

Figur 13: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på offentlig transport fordelt på kjønn og alder, Rogaland

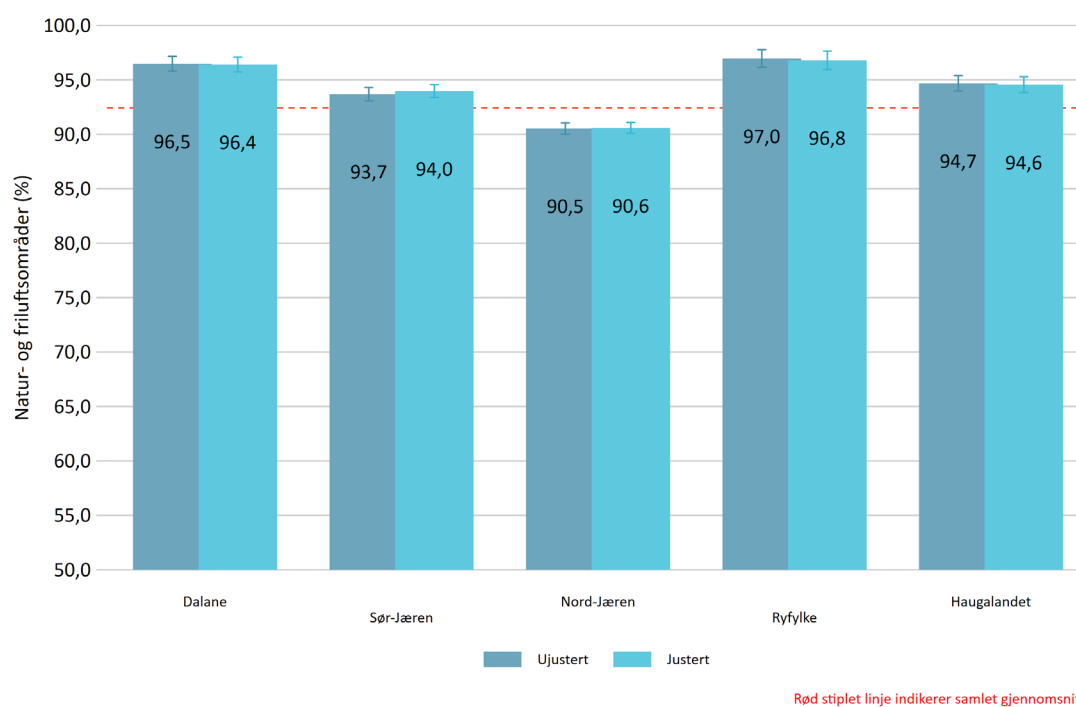


Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til offentlig transport fordelt på kjønn og alder. For kvinner øker andelen som oppgir god tilgang til offentlig transport med økende alder, men hvor forskjellen mellom de tre yngste gruppene og mellom de to eldste gruppene ikke er statistisk sikker. Blant menn var andelen som rapporterte god tilgang lavere i den yngste gruppen sammenlignet med de tre eldste gruppene (statistisk sikker forskjell). Andelen som oppgir god tilgang til offentlig transport øker med økende alder fra den nest yngste gruppen, hvor forskjellen er statistisk sikker mellom den nest yngste gruppen og alle de eldre gruppene. Statistisk sikre kjønnsforskjeller ble kun funnet i den nest eldste gruppen (60-69 år), hvor en større andel kvinner rapporterer god tilgang til offentlig transport.

3.8 Natur- og friluftsområder

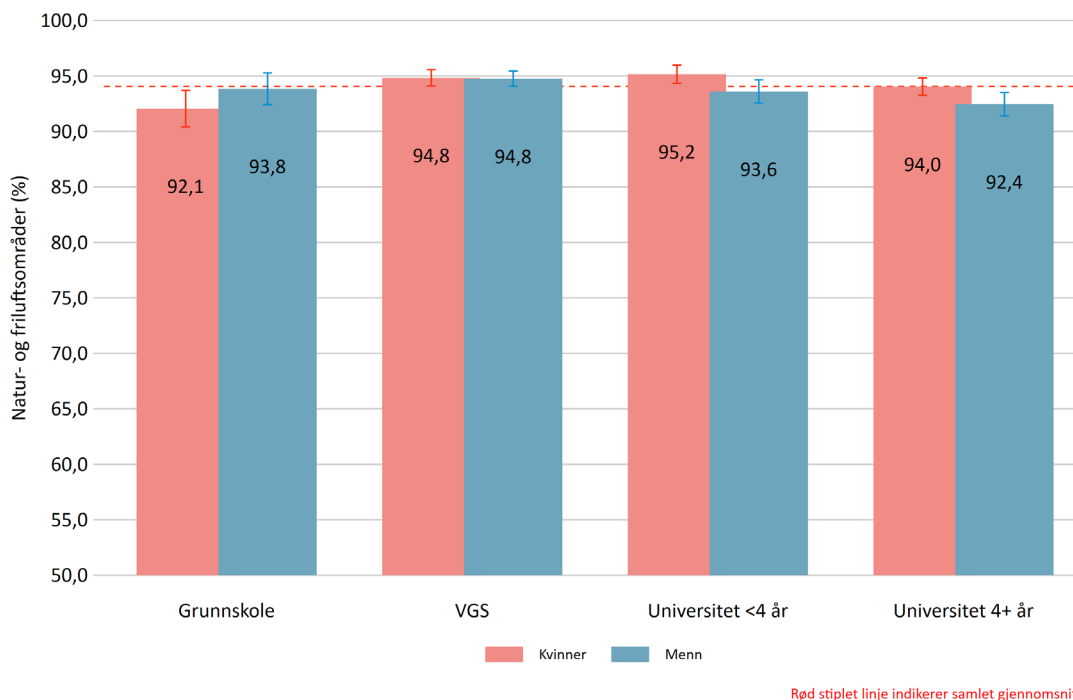
Totalt 35 050 deltakere av 35 191 (99,6 %) hadde gyldig besvarelse på Natur- og friluftsområder. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **92,41 %** (KI95%: 92,06-92,75). Andelen for kvinner var 92,30 % (n=18 654; KI95% 91,83-92,77) og andelen var 92,53 % (n=16 396; KI95% 92,02-93,03) for menn.

Figur 14: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på natur- og friluftsområder på tvers av regioner i Rogaland



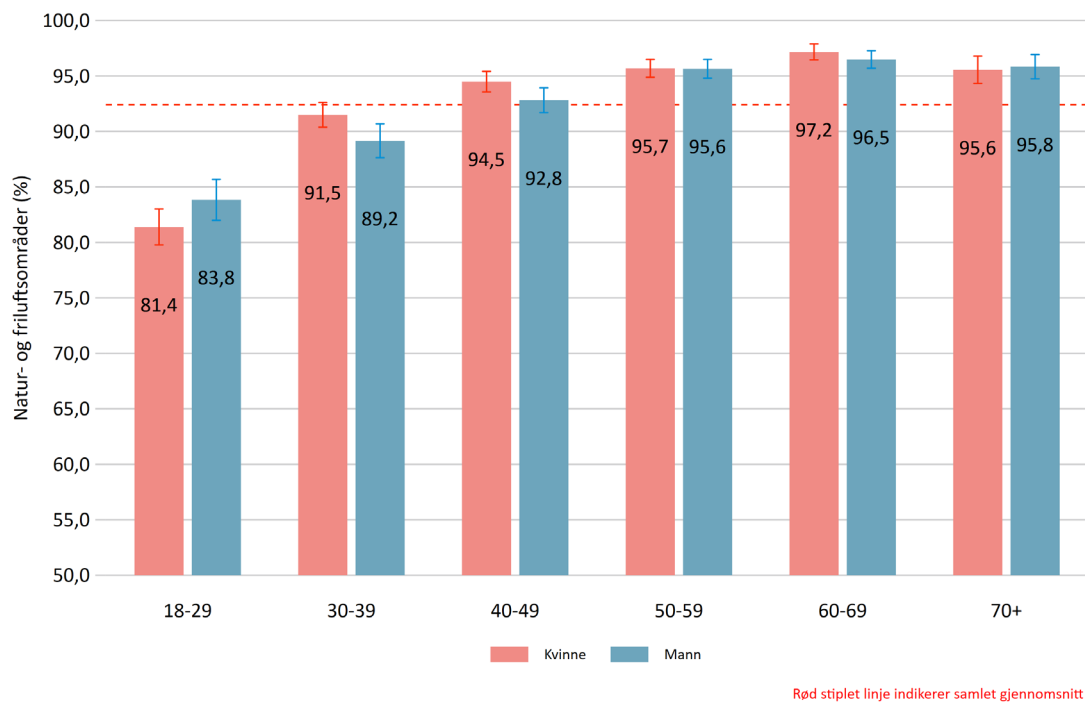
Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til natur- og friluftsområder, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Det er omtrent 6 prosentpoeng mellom høyeste og laveste (ujusterte tall). Nord-Jæren ligger under fylkesgjennomsnittet og betydelig lavere enn de øvrige regionene, som alle ligger over fylkesgjennomsnittet. Andelen som oppgir god tilgang til natur- og friluftsområder er størst i Dalane og Ryfylke sammenlignet med de øvrige regionene. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 15: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på natur- og friluftsområder fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til natur- og friluftsområder fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen som rapporterer god tilgang til natur- og friluftsområder varierer i noen grad mellom utdanningsnivåene. Blant kvinner er det statistisk sikre forskjeller mellom dem med grunnskole som høyeste utdanning og de øvrige gruppene, hvor en lavere andel i gruppen med lavest utdanning rapporterer god tilgang til natur- og friluftsområder. Blant menn rapporterer en lavere andel av dem med 4+ år høyskole- eller universitetsutdanning god tilgang, sammenlignet med dem med videregående som høyeste utdanning. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller på tvers av utdanningsnivå.

Figur 16: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på natur- og friluftsområder fordelt på kjønn og alder, Rogaland

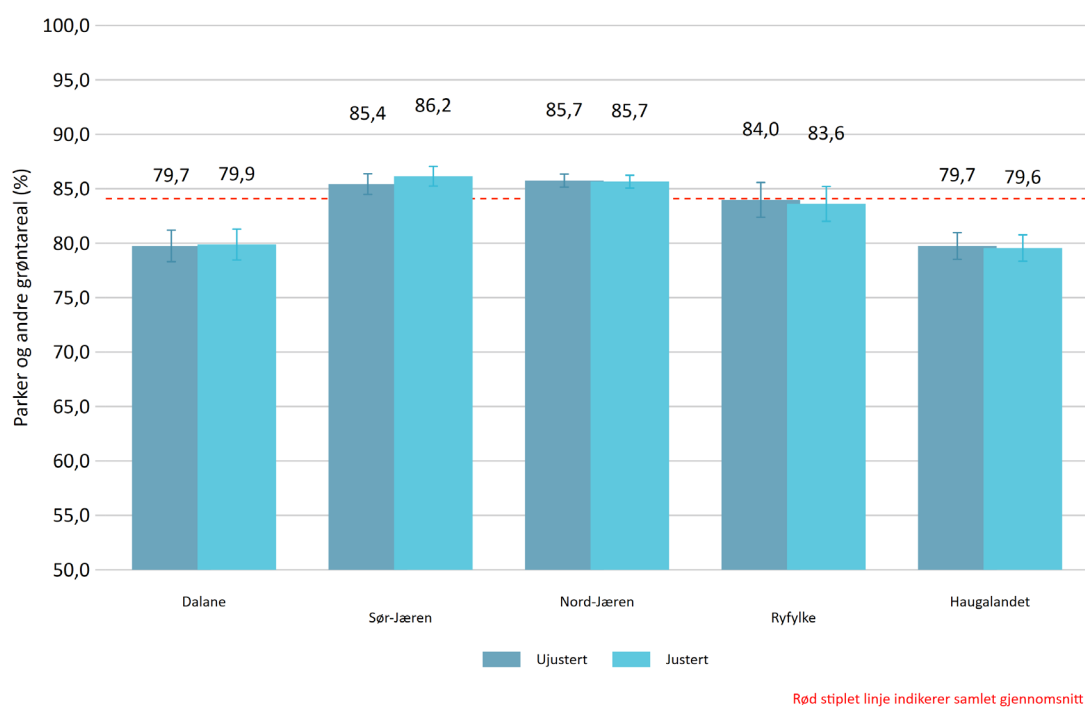


Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til natur- og friluftsområder fordelt på kjønn og alder. For kvinner er det en økning fra den yngste aldersgruppen til aldersgruppen 40-49 år, hvor det jevner seg ut. Blant menn er det en økning fra den yngste aldersgruppen til aldersgruppen 50-59 år, hvor det jevner seg ut. Figuren viser ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller på tvers av de ulike aldersgruppene.

3.9 Parker og andre grøntareal

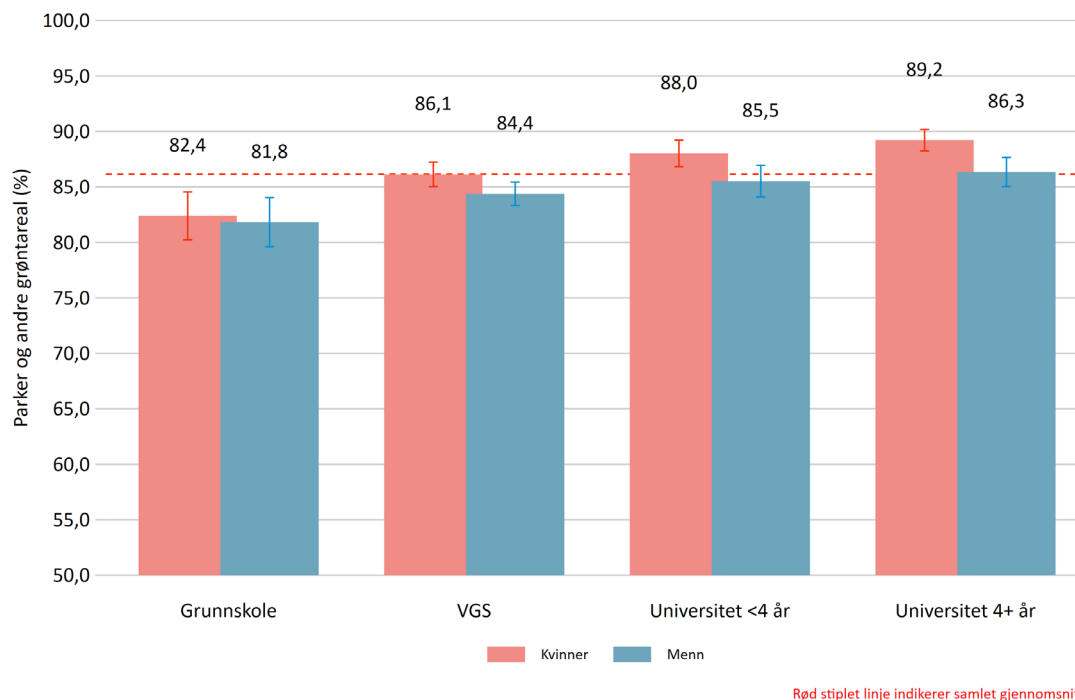
Totalt 34 698 deltakere av 35 191 (98,6 %) hadde gyldig besvarelse på Parker og andre grøntareal. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **84,09 %** (KI95%: 83,64-84,55). Andelen for kvinner var 84,50 % (n=18 506; KI95% 83,89-85,12) og andelen var 83,62 % (n=16 192; KI95% 82,95-84,30) for menn.

Figur 17: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på parker og andre grøntareal på tvers av regioner i Rogaland



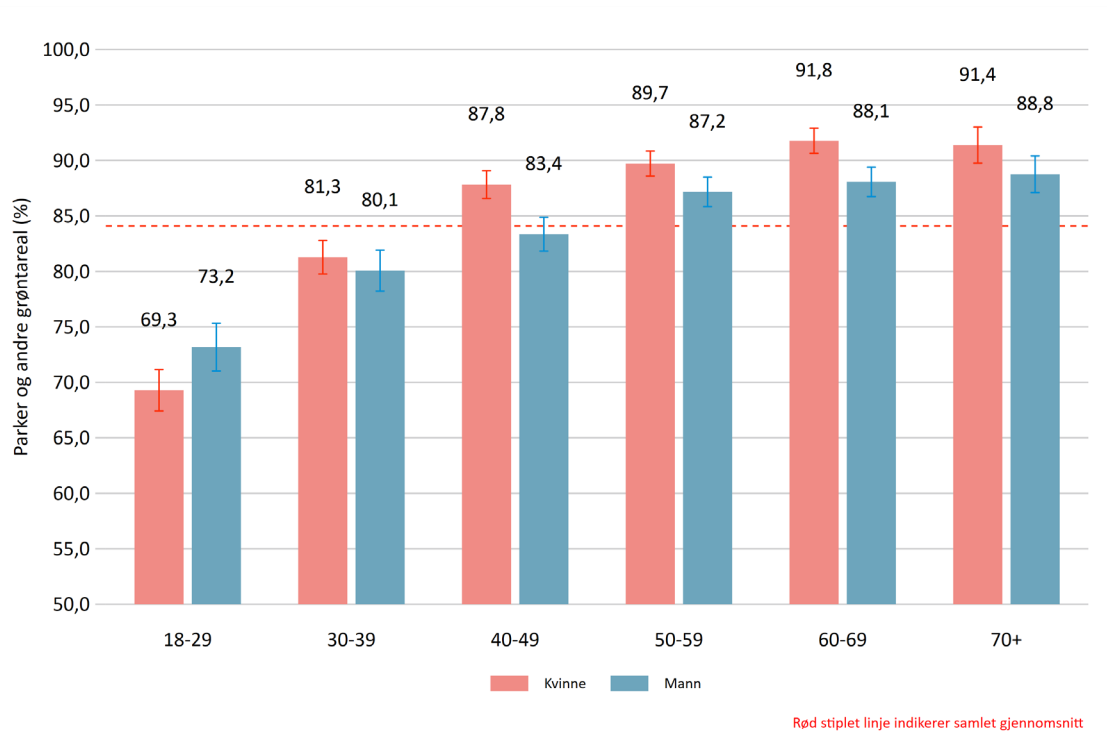
Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til parker og grøntareal, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Det er noe variasjon over regioner i andelen som rapporterer god tilgang, med omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste (ujusterte tall). Dalane og Haugalandet har de laveste andelen som rapporterer god tilgang til parker og grøntareal, og forskjellen mellom disse regionene og de øvrige regionene er statistisk sikker. Sør-Jæren og Nord-Jæren ligger signifikant over fylkesgjennomsnittet, men forskjellen fra Ryfylke, som ligger på gjennomsnittet, er ikke statistisk sikker. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 18: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på parker og andre grøntareal fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til parker og grøntareal fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner er det en liten økning i andelen som rapporterer god tilgang med økende utdanningsnivå. Med unntak av gruppen med grunnskole som høyeste utdanning er det en tendens til at en høyere andel kvinner enn menn rapporterer god tilgang til parker og grøntareal på tvers av utdanningsnivå. Det er imidlertid bare i gruppen med 4+ år høyskole- eller universitetsutdanning at kjønnsforskjellene er statistisk sikre.

Figur 19: Andel som oppgav god eller svært god tilgang på parker og andre grøntareal fordelt på kjønn og alder, Rogaland

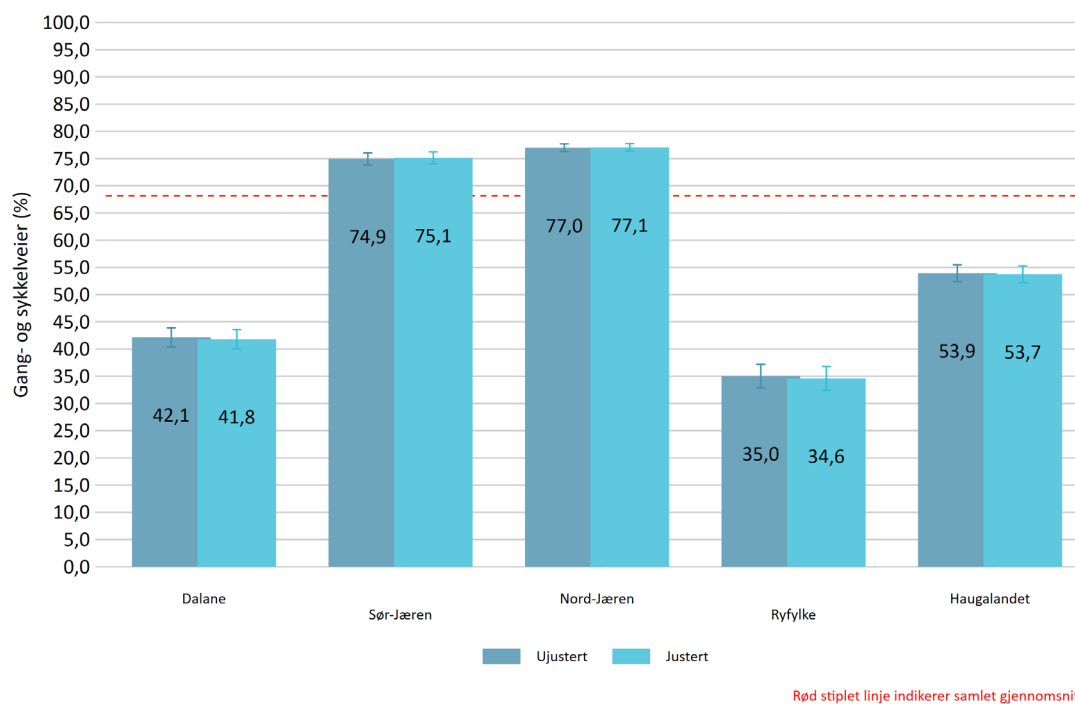


Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til parker og grøntareal fordelt på kjønn og alder. Andelen som rapporterer god tilgang til parker og grøntareal øker med økende alder for både menn og kvinner. For kvinner flater dette ut fra 40-49 år og for menn flater det ut fra 50-59 år. På tvers av aldersgruppene er det en tendens til at en større andel kvinner enn menn rapporterer god tilgang til parker og grøntareal, med statistisk sikre forskjeller i gruppene 40-49 og 60-69. Forskjellen mellom kjønnene i den yngste aldersgruppen er grensesignifikant, i favør av at menn rapporterer bedre tilgang enn kvinner.

3.10 Gang- og sykkelveier

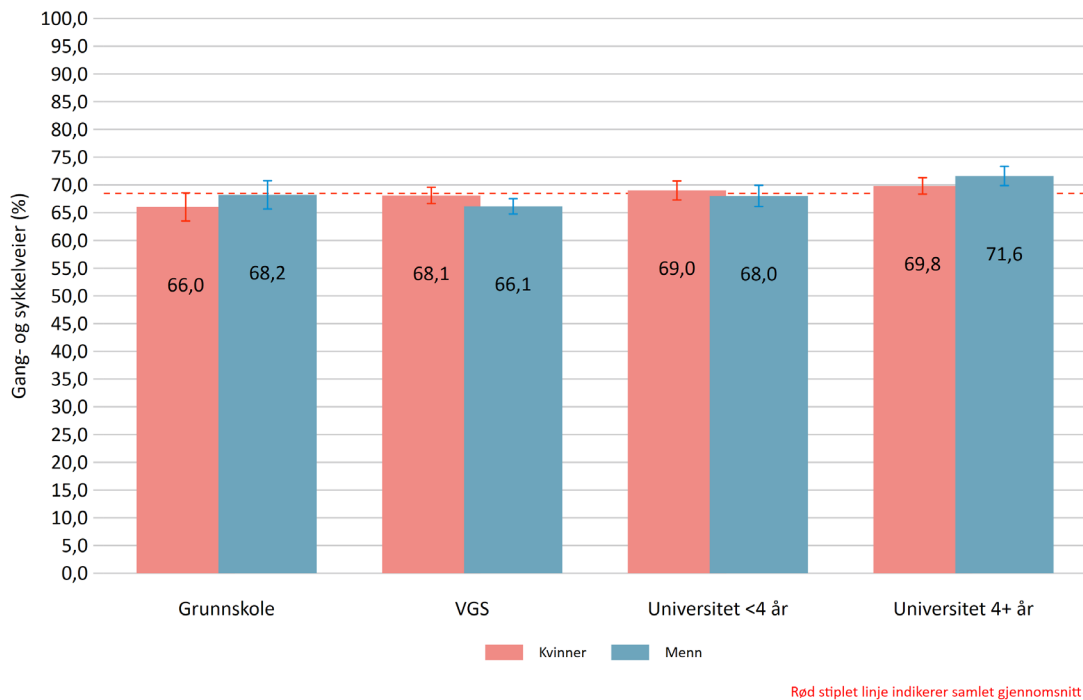
Totalt 34 612 deltakere av 35 191 (98,4 %) hadde gyldig besvarelse på Gang- og sykkelveier. Andelen som oppgav godt eller svært godt utbygde gang og sykkelveier for hele utvalget var **68,15 %** (KI95%: 67,58-68,73). Andelen for kvinner var 68,00 % (n=18 413; KI95% 67,21-68,78) og andelen var 68,33 % (n=16 199; KI95% 67,49-69,16) for menn.

Figur 20: Andel som rapporterte godt eller svært godt utbygde gang- og sykkelveier på tvers av regioner i Rogaland



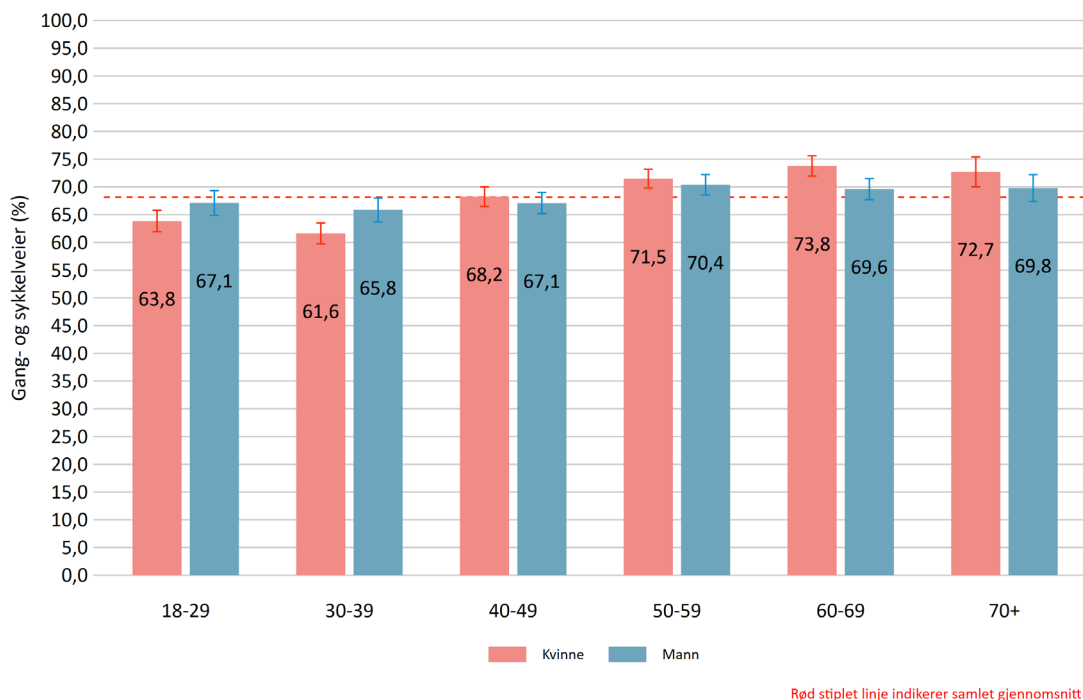
Figuren viser andelen som rapporterer godt (godt eller svært godt) utbygde gang- og sykkelveier, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Det er stor variasjon over regioner, med omtrent 41 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste (ujusterte tall). Sør-Jæren og Nord-Jæren ligger godt over fylkesgjennomsnittet. Ryfylke har lavest andel som rapporterer god tilgang til utbygde gang- og sykkelveier og ligger betydelig lavere enn de øvrige regionene. I Dalane og Haugalandet rapporterer større andeler god tilgang, men også disse ligger betydelig under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 21: Andel som rapporterte godt eller svært godt utbygde gang- og sykkelveier fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer godt (godt eller svært godt) utbygde gang- og sykkelveier fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er det ingen forskjell på tvers av utdanning. Blant menn er det en større andel som rapporterer god tilgang til gang- og sykkelveier blant dem med høyest utdanning sammenlignet med gruppen med videregående som høyeste utdanning.

Figur 22: Andel som rapporterte godt eller svært godt utbygde gang- og sykkelveier fordelt på kjønn og alder, Rogaland



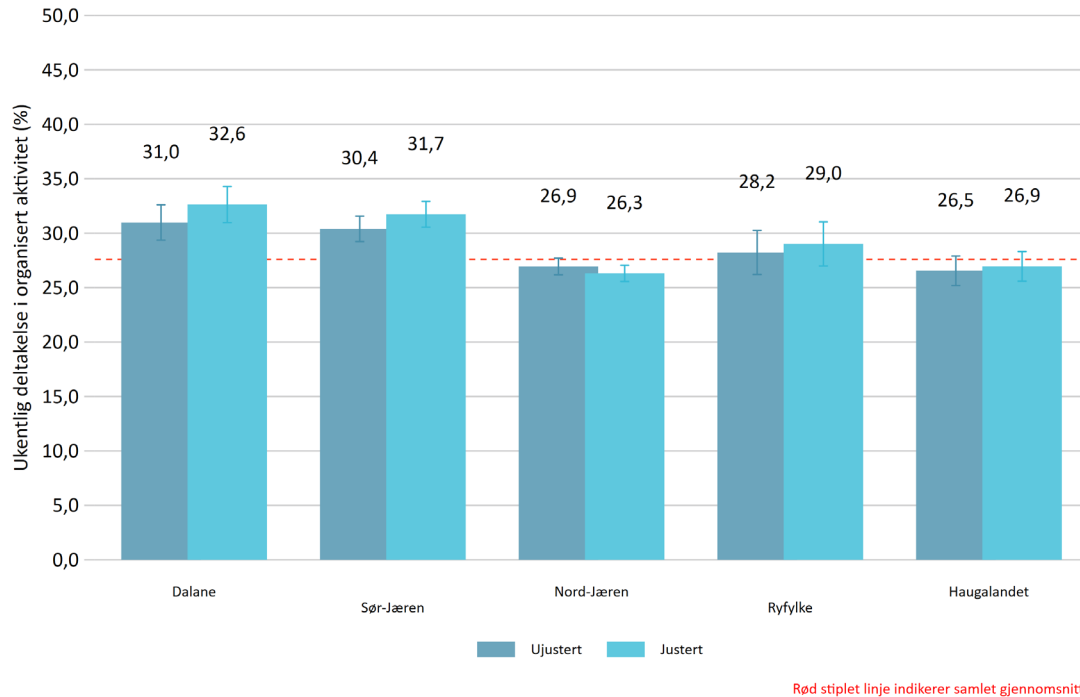
Figuren viser andelen som rapporterer godt (godt eller svært godt) utbygde gang- og sykkelveier fordelt på kjønn og alder. Andelen som rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier er noe ujevn på tvers av aldersgruppene. Blant kvinner er det en lavere andel som rapporterer god tilgang i de to yngste aldersgruppene sammenlignet med de øvrige aldersgruppene. Blant menn er forskjellen på tvers av aldersgruppene noe mindre fremtredende, hvor den eneste statistisk sikre forskjellen finnes mellom gruppen 30-39 år og 50-59 år, med lavest andel i gruppen 30-39 år. I aldersgruppen 30-39 år er det antydning til at en større andel menn enn kvinner rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier (forskjellen er grensesignifikant). I aldersgruppen 60-69 år er det en statistisk sikker kjønnsforskjell, med større andel kvinner enn menn som rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier.

3.11 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet

Totalt 35 111 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen for hele utvalget var **27,59 %** (KI95%: 27,04-28,15).

Andelen for kvinner var 27,43 % (n=18 680; KI95% 26,67-28,19) og andelen var 27,78 % (n=16 431; KI95% 26,97-28,59) for menn.

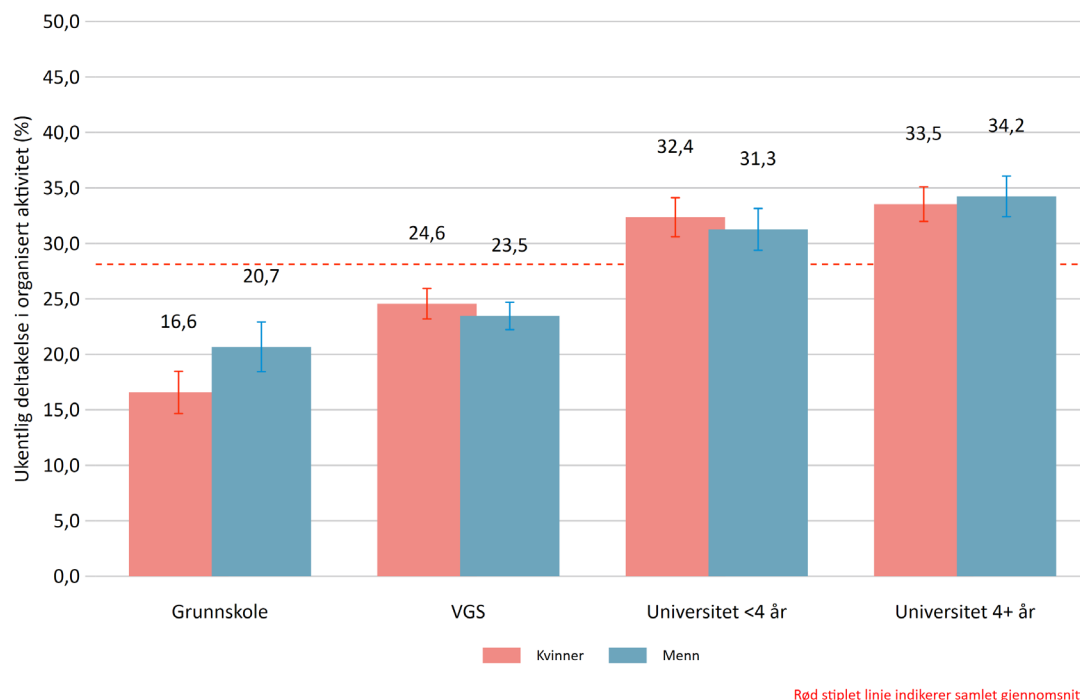
Figur 23: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet, samlet og på tvers av regioner. Andelen varierer noe på tvers av regionene, hvor Dalane og Sør-Jæren ligger signifikant over fylkesgjennomsnittet. Forskjellen mellom høyeste og laveste er omtrent 5 prosentpoeng (ujusterte tall). Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

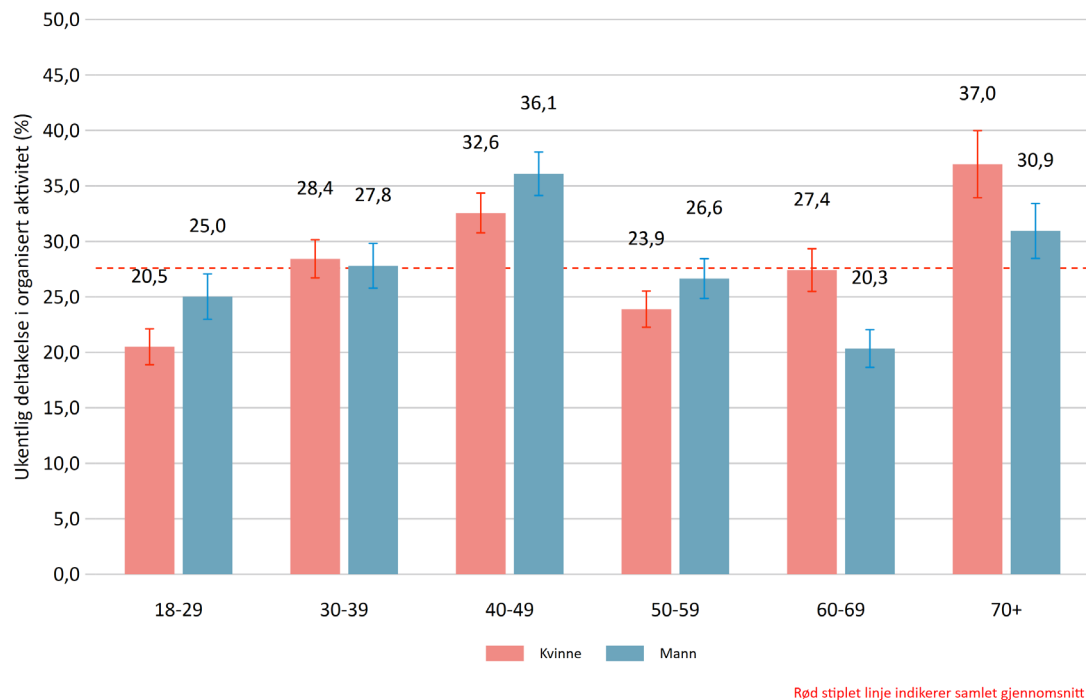
Fullstendig fordeling på kategorier: Daglig – 2,9 %; Ukentlig – 24,7 %; 1-3 ganger per måned – 12,7 %; Sjeldnere – 31,4 %; Aldri – 28,2 %.

Figur 24: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For begge kjønn øker andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet med høyere utdanning, men forskjellene mellom de to høyeste utdanningsnivåene er ikke statistisk sikker. Blant menn er heller ikke forskjellen mellom gruppene med grunnskole som høyeste utdanning og videregående som høyeste utdanning statistisk sikker. Blant kvinner er det omtrent dobbelt så mange som rapporterer ukentlig deltakelse blant dem med 4+ år høyskole- eller universitets-utdanning sammenlignet med dem med grunnskole som høyeste utdanning. Det er ingen kjønnsforskjeller på tvers av utdanningsnivå, med unntak av en tendens til at en større andel menn enn kvinner rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet i gruppen med grunnskole som høyeste utdanning.

Figur 25: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet fordelt på kjønn og alder, Rogaland

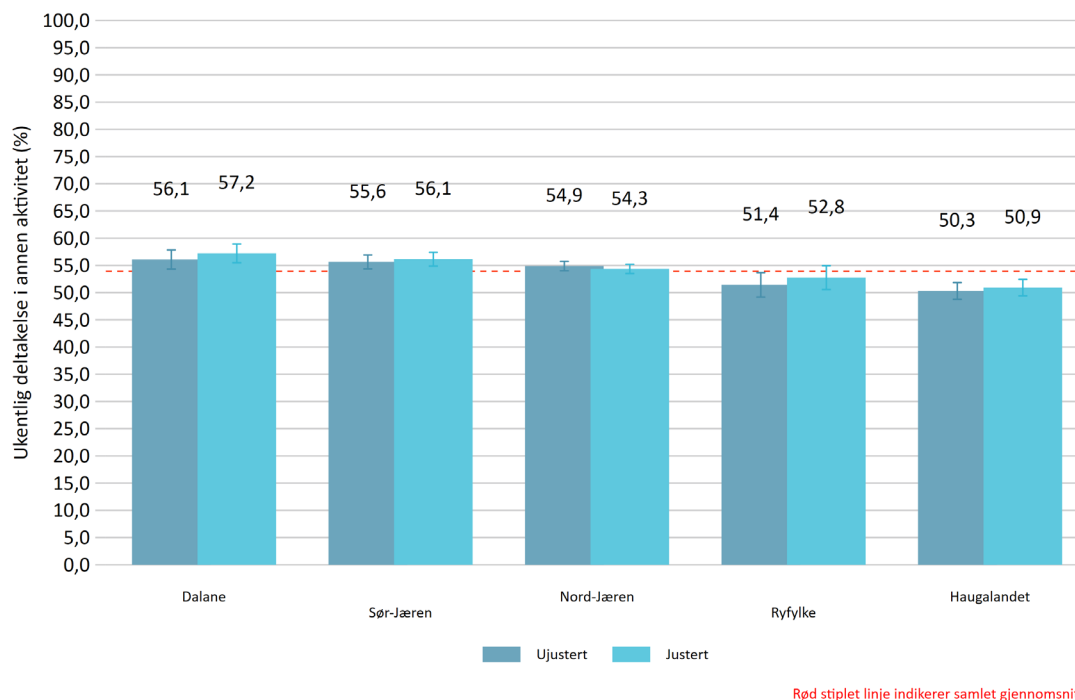


Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet fordelt på kjønn og alder. Andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet varierer en del på tvers av aldersgruppene. For kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 70+, hvor forskjellen er statistisk sikker mellom denne og de øvrige gruppene, med unntak av aldersgruppen 40-49. Blant kvinner er andelen lavest i den yngste aldersgruppen. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 40-49 og lavest i aldersgruppen 60-69 år. I aldersgruppen 18-29 år er det en høyere andel menn enn kvinner som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet, med en tendens til det samme i aldersgruppen 40-49. I aldersgruppen 60-69 år er det en betydelig større andel kvinner enn menn som rapporterer ukentlig deltakelse, og det er også en statistisk sikker forskjell mellom kvinner og menn i aldersgruppen 70+.

3.12 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

Totalt 35 120 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Ukentlig deltakelse i annen aktivitet. Andelen for hele utvalget var **53,93 %** (KI95%: 53,31-54,54). Andelen for kvinner var 57,83 % (n=18 686; KI95% 56,99-58,67) og andelen var 49,47 % (n=16 434; KI95% 48,56-50,38) for menn.

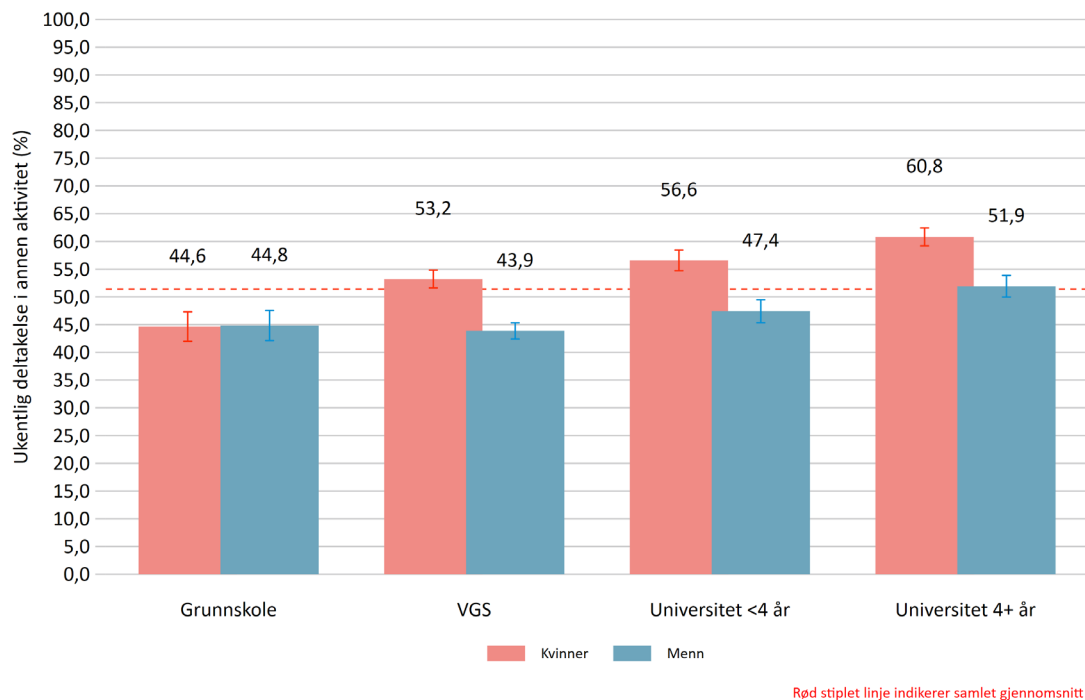
Figur 26: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, samlet og på tvers av regioner. Det er noe variasjon på tvers av regioner, med en forskjell på omtrent 6 prosentpoeng mellom høyeste og laveste (ujusterte tall). Ryfylke og Haugalandet har lavere andeler som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet sammenlignet med Dalane, Sør-Jæren og Nord-Jæren (statistisk sikre forskjeller, ujusterte tall). Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

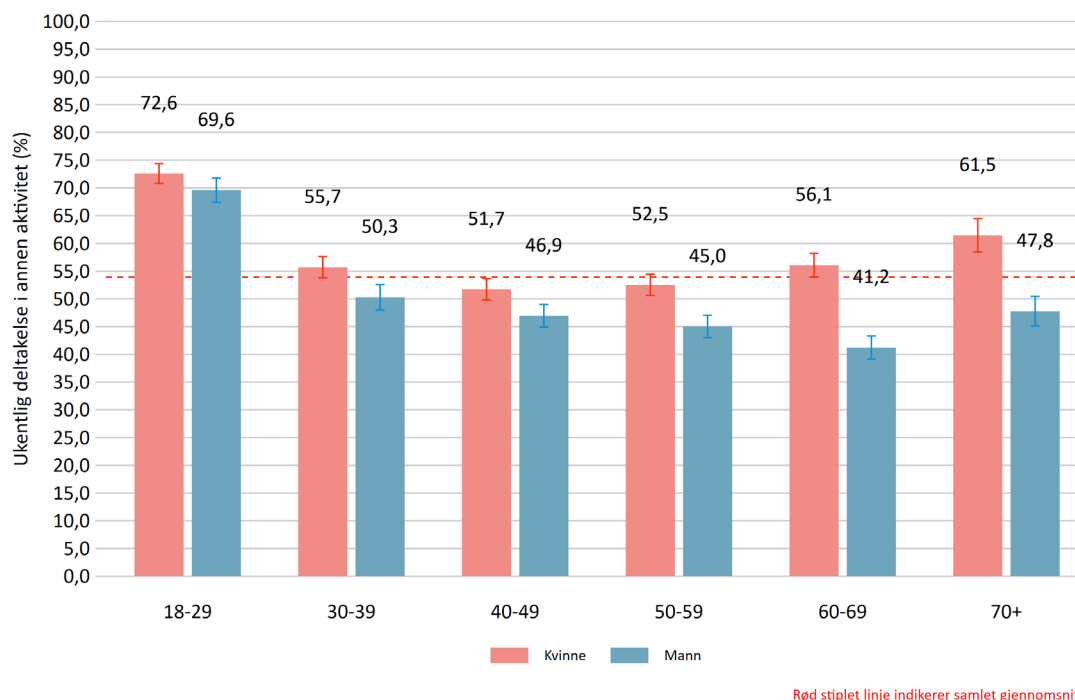
Fullstendig fordeling på kategorier: Daglig – 7,2 %; Ukentlig – 46,7 %; 1-3 ganger per måned – 28,5 %; Sjeldnere – 14,3%; Aldri – 3,3 %.

Figur 27: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner øker andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet med økende utdanningsnivå, med statistisk sikre forskjeller mellom alle gruppene bortsett fra dem med videregående som høyeste utdanning og dem med høyskole- eller universitetsutdanning <4 år. Blant menn er andelen som rapporterer ukentlig deltakelse høyest i gruppen med høyest utdanning.

Figur 28: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet fordelt på kjønn og alder, Rogaland

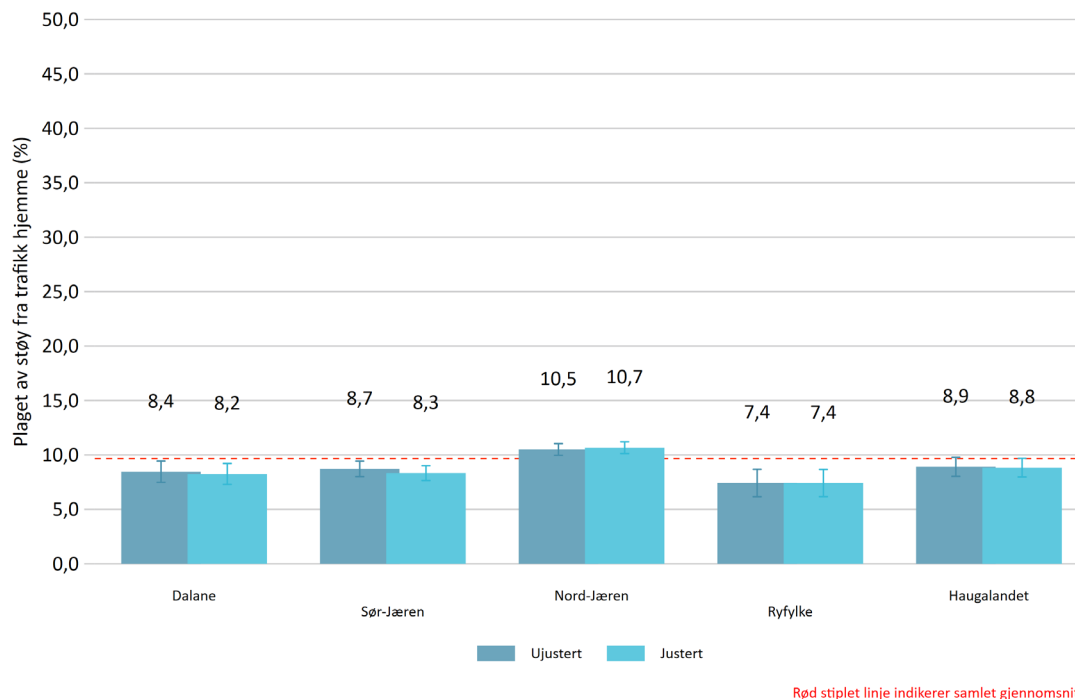


Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er ukentlig deltakelse i annen aktivitet høyest i den yngste aldersgruppen. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 40-49 år og 50-59 år, for deretter å øke jevnt med økende alder. Blant menn er andelen lavest i aldersgruppen 60-69 år, med en økning til aldersgruppen 70+ år. På tvers av alder er det flere kvinner enn menn som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, hvor forskjellene er statistisk sikre i alle aldersgrupper bortsett fra den yngste.

3.13 Plaget av støy fra trafikk hjemme

Totalt 35 131 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Plaget av støy fra trafikk hjemme. Andelen for hele utvalget var **9,67 %** (KI95%: 9,30-10,04). Andelen for kvinner var 9,95 % (n=18687; KI95% 9,44-10,47) og andelen var 9,34 % (n=16444; KI95% 8,81-9,88) for menn.

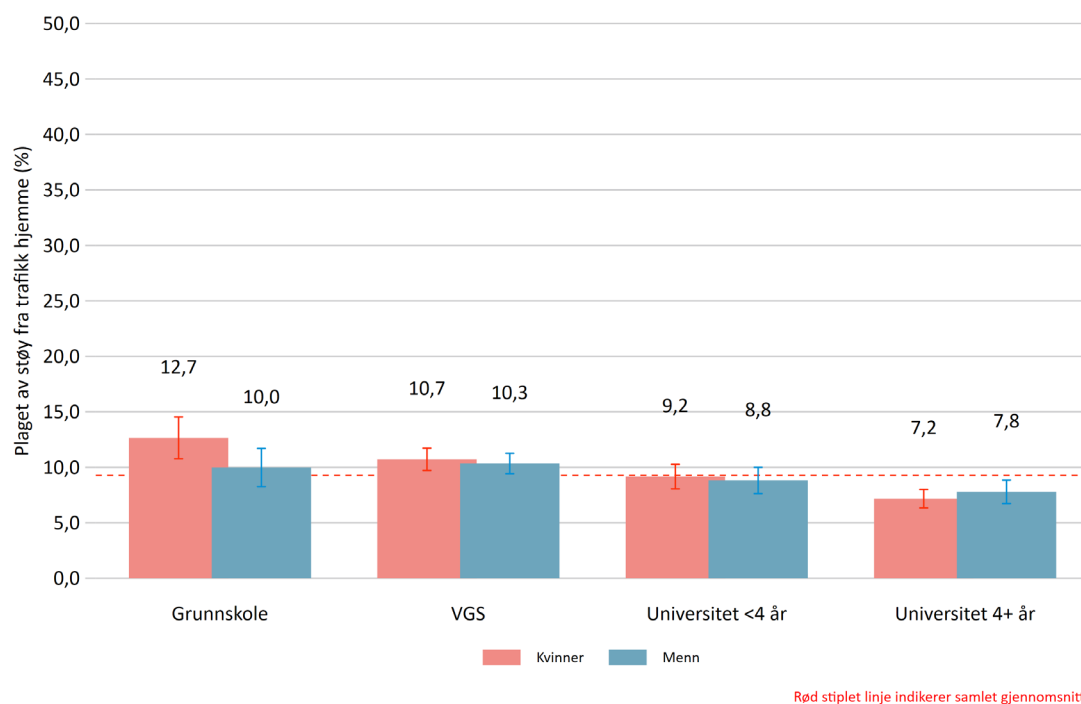
Figur 29: Plaget av støy fra trafikk hjemme på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at de er plaget av støy fra trafikk hjemme (middels/mye/svært plaget), samlet og på tvers av regioner. Andelen som rapporterer å være plaget av trafikkstøy varierer noe på tvers av regioner, med en forskjell på 3 prosentpoeng mellom høyeste og laveste (ujusterte tall). Andelen som rapporterer å være plaget av trafikkstøy er høyest i Nord-Jæren, der den ligger noe over fylkesgjennomsnittet. Dalane, Sør-Jæren og Ryfylke ligger signifikant lavere enn gjennomsnittet for fylket (ujusterte verdier). Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

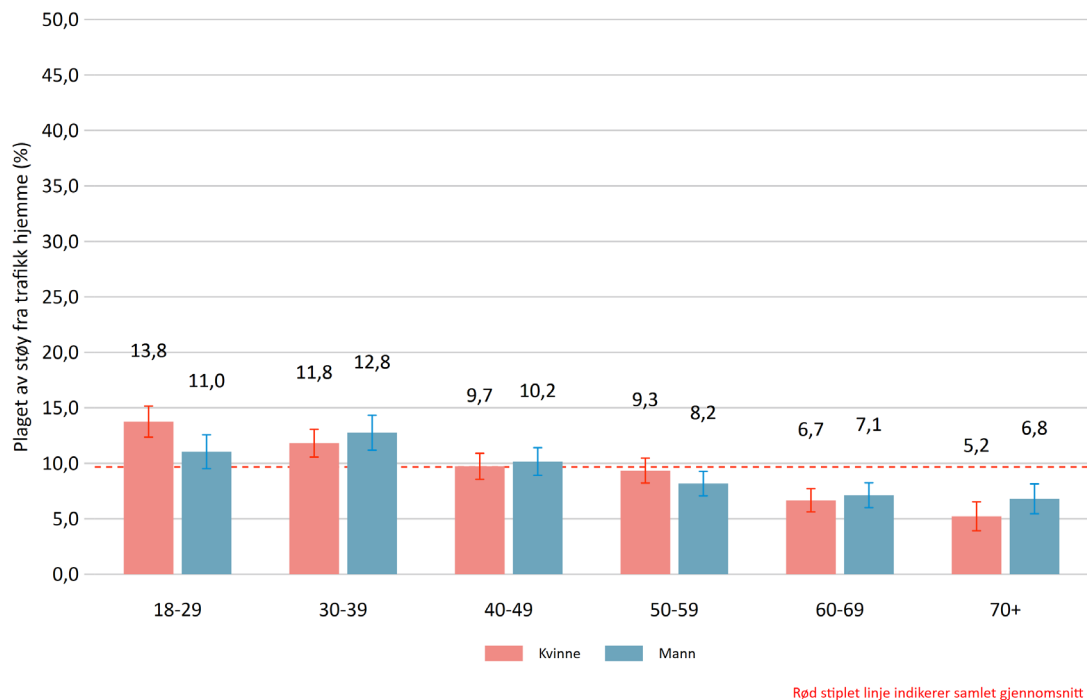
Fullstendig fordeling på kategorier: Ikke plaget – 72,5 %; Litt plaget – 17,8 %; Middels plaget – 5,9 %; Mye plaget – 2,4 %; Svært mye plaget – 1,3 %.

Figur 30: Plaget av støy fra trafikk hjemme fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at de er plaget av støy fra trafikk hjemme fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner synker andelen som plages av støy med økende lengde på utdanning. Forskjellen er statistisk sikker mellom gruppen med høyest utdanning og gruppene med grunnskole og videregående som høyeste utdanning. Blant menn er forskjellen kun statistisk sikker mellom gruppen med høyest utdanning og gruppen med videregående som høyeste utdanning. Forskjellene mellom kjønnene i de ulike utdanningsgruppene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 31: Plaget av støy fra trafikk hjemme fordelt på kjønn og alder, Rogaland

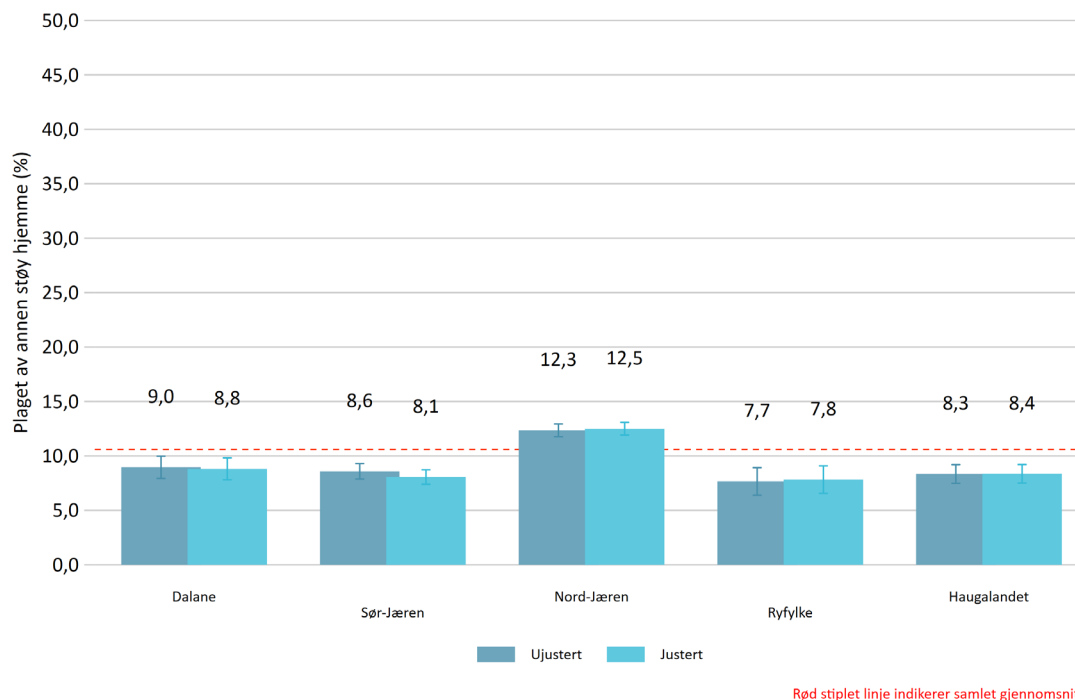


Figuren viser andelen som rapporterer at de er plaget av støy fra trafikk hjemme fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner synker andelen som oppgir at de er plaget av støy jevnt med økende alder, der andelen som rapporterer støyplager er høyest i aldergruppen 18-29 år. For menn varierer andelen som rapporterer støyplager på tvers av aldersgruppene. Hos menn er andelen høyest i aldersgruppen 30-39 år og lavest i aldersgruppen 60-69 år. Forskjellene mellom kjønnene på tvers av aldersgruppene er små og ikke statistisk sikre.

3.14 Plaget av annen støy hjemme

Totalt 35 113 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Plaget av annen støy hjemme. Andelen for hele utvalget var **10,59 %** (KI95%: 10,20-10,98). Andelen for kvinner var 10,96 % (n=18 682; KI95% 10,42-11,51) og andelen var 10,16 % (n=16 431; KI95% 9,59-10,73) for menn.

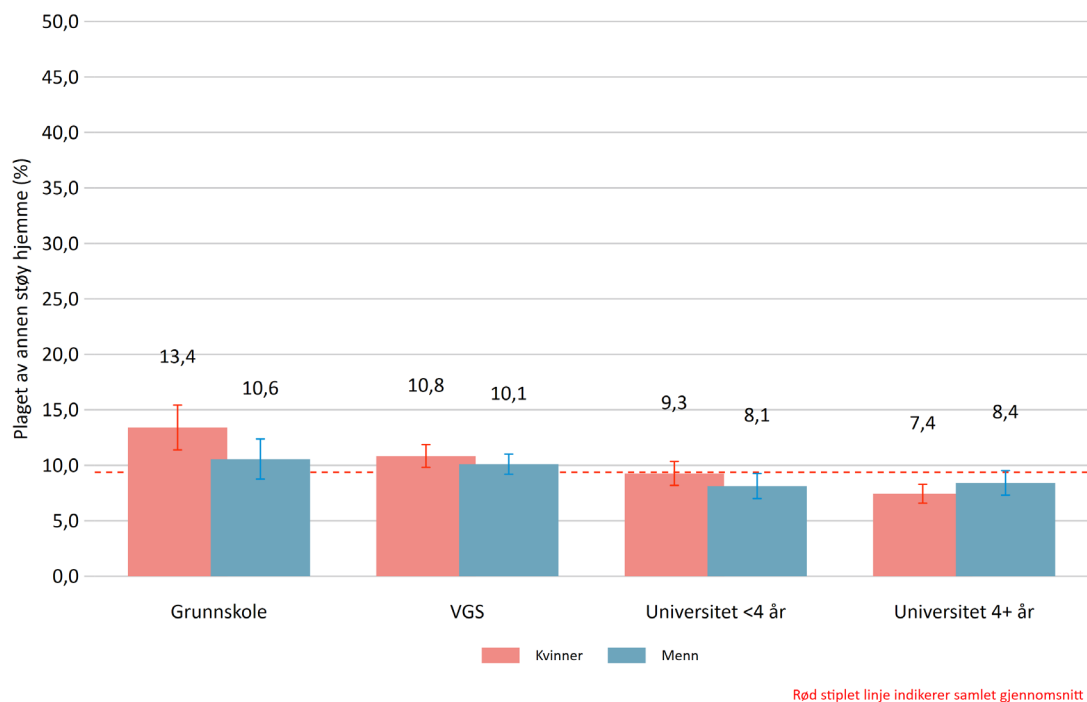
Figur 32: Plaget av annen støy hjemme på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at de er plaget av annen støy hjemme (utover trafikkstøy), samlet og på tvers av regioner. Det er stort sett lite variasjon på tvers av regionene. Unntaket er Nord-Jæren, som ligger signifikant over fylkesgjennomsnittet. Forskjellen mellom regionen med høyest (Nord-Jæren) og lavest (Ryfylke) andel som rapporterer at de er plaget av annet støy hjemme er mindre enn 5 prosentpoeng (ujusterte tall).

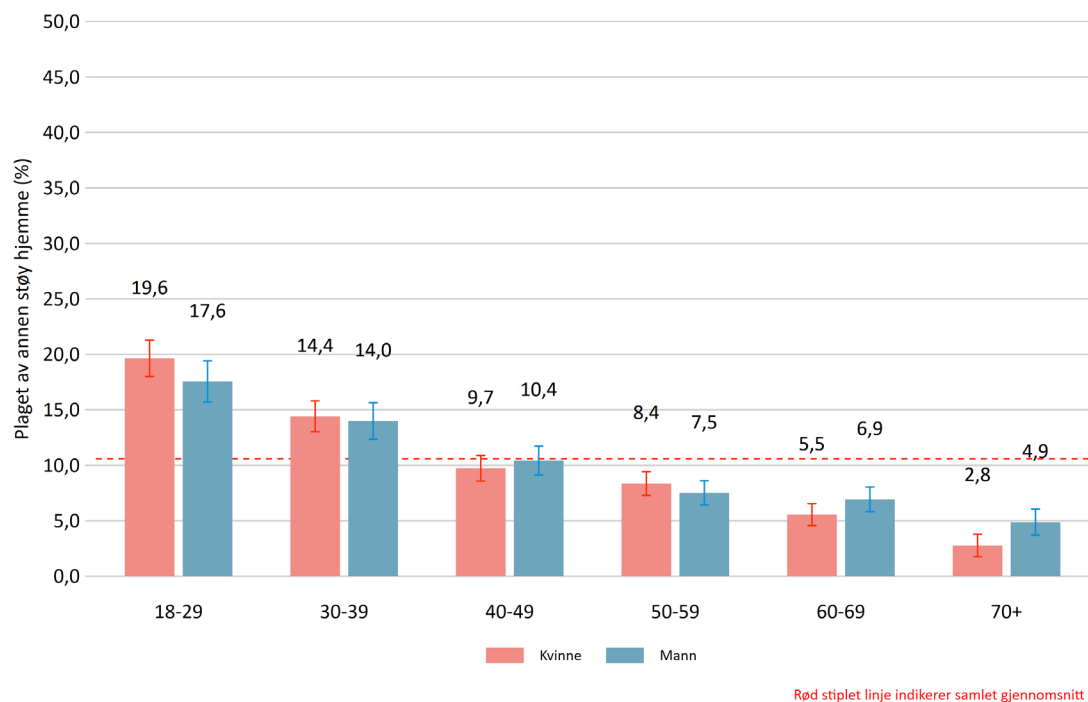
Fullstendig fordeling på kategorier: Ikke plaget – 63,1 %; Litt plaget – 26,3 %; Middels plaget – 7,0 %; Mye plaget – 2,6 %; Svært mye plaget – 1,0 %.

Figur 33: Plaget av annen støy hjemme fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer å være plaget av annen støy hjemme (utover trafikkstøy) fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er det en jevn nedgang med økende utdanning, hvor forskjellene mellom gruppen med grunnskole som høyeste utdanning og gruppene med høyskole- eller universitetsutdanning er statistisk sikre. Blant menn er det en antydning til at andelen som rapporterer støyplager synker med utdanningsnivå, men forskjellene mellom utdanningsnivåene er ikke statistisk sikre. Forskjellene mellom kjønnene på tvers av utdanningsgruppene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 34: Plaget av annen støy hjemme fordelt på kjønn og alder, Rogaland

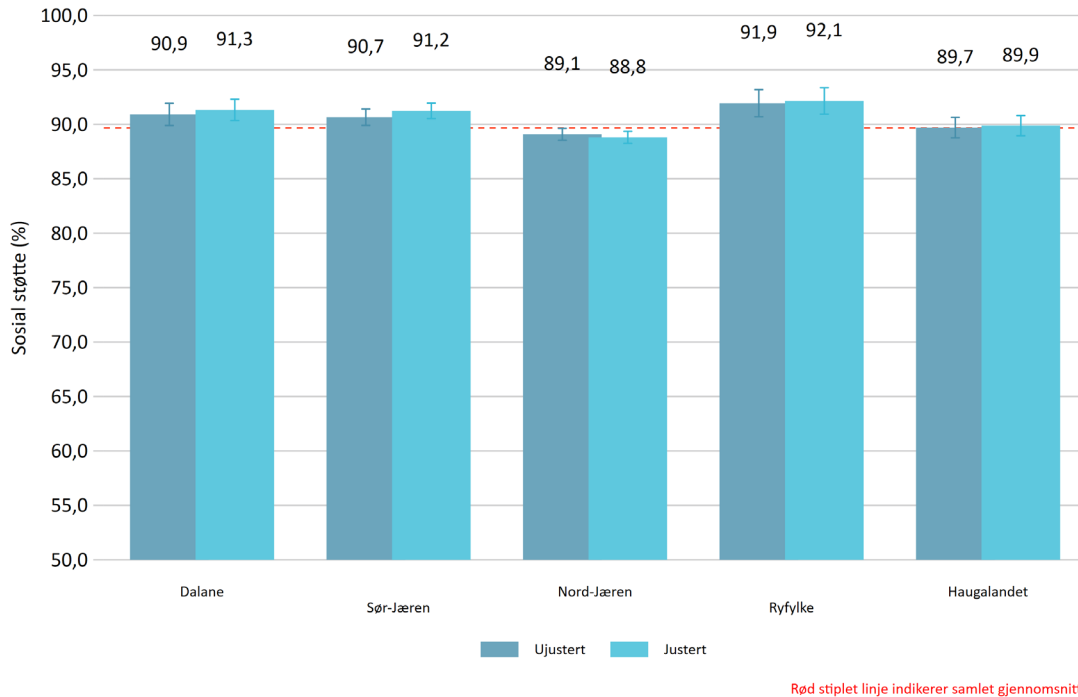


Figuren viser andelen som rapporterer å være plaget av annen støy hjemme (utover trafikkstøy) fordelt på kjønn og aldersgruppe. For både menn og kvinner synker andelen som oppgir støyplager betydelig med økende alder. Forskjellene mellom kjønnene innen hver aldersgruppe er små og ikke statistisk sikre.

3.15 Sosial støtte

Totalt 35 011 deltakere av 35 191 (99,5 %) hadde gyldig besvarelse på Sosial støtte. Andelen som opplevde middels eller høy grad av sosial støtte for hele utvalget var **89,66 %** (KI95%: 89,28-90,05). Andelen for kvinner var 90,94 % (n=18 629; KI95% 90,44-91,43) og andelen var 88,21 % (n=16 382; KI95% 87,61-88,80) for menn.

Figur 35: Sosial støtte på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer å oppleve sosial støtte (middels eller høy grad), samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Det er stort sett liten forskjell mellom regionene, men forskjellen mellom regionen med høyest (Ryfylke) og lavest (Nord-Jæren) andel som rapporterer at de opplever middels eller høy grad av sosial støtte er statistisk sikker. Forskjellene mellom justerte og ujusterte tall er ubetydelige.

Fullstendige fordelinger på kategorier for de enkelte variablene:

Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer? Regn også med nærmeste familie.

Ingen – 2,1 %; 1-2 – 13,5 %; 3-5 – 34,5 %; 6 eller flere – 49,9 %.

Hvor stor interesse viser andre for det du gjør? Vil du si at de viser ...

Stor interesse – 30,7 %; Noe interesse – 50,7 %; Verken stor eller liten interesse – 14,0 %; Liten interesse – 4,0 %; Ingen interesse – 0,7 %.

Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det ...

Svært lett – 20,0 %; Lett – 35,6 %; Verken lett eller vanskelig – 32,7 %; Vanskelig – 8,0 %; Svært vanskelig – 3,6 %.

Kategorisert sumskår:

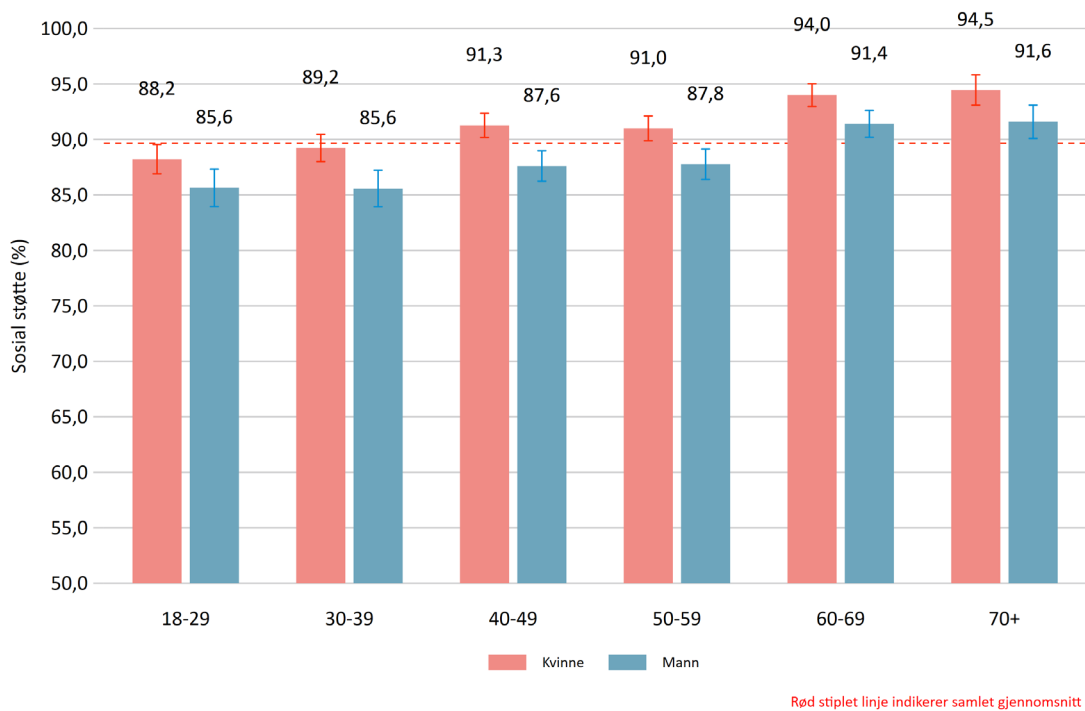
Lav grad av støtte – 10,3 %; Middels grad – 46,3 %; Høy grad av sosial støtte – 43,3 %.

Figur 36: Sosial støtte fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer å oppleve middels eller høy grad av sosial støtte fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner øker andelen som opplever sosial støtte med økende utdanning, men forskjellen mellom de to gruppene med høyest utdanning er ikke statistisk sikker. Med unntak av gruppen med grunnskole som høyeste utdanning er det en større andel kvinner enn menn som rapporterer sosial støtte på tvers av utdanningsnivå.

Figur 37: Sosial støtte fordelt på kjønn og alder, Rogaland

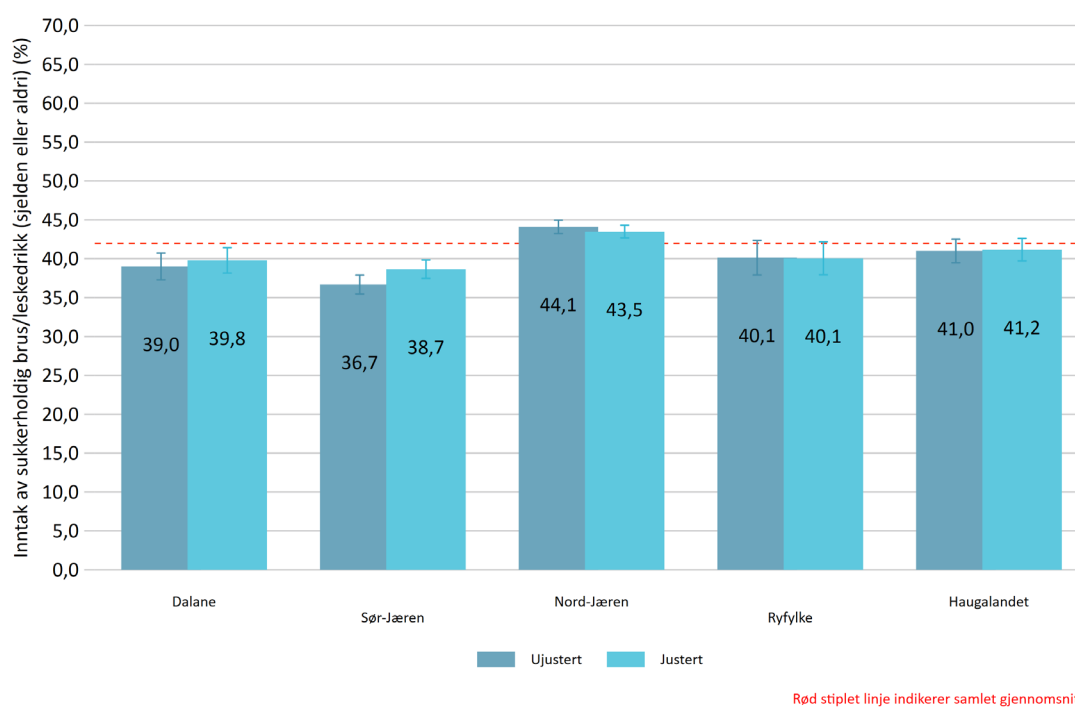


Figuren viser andelen som rapporterer at de opplever middels eller høy grad av sosial støtte fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn har den yngste aldersgruppen lavest andel og den eldste gruppen høyest andel som rapporterer sosial støtte. Forskjellene mellom høyeste og laveste er likevel små, med kun 6 prosentpoeng forskjell mellom gruppene med høyeste og laveste andel. På tvers av aldersgruppene rapporterer en større andel kvinner enn menn sosial støtte. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for alle unntatt den yngste og eldste gruppen.

3.16 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri)

Totalt 35 106 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri). Andelen for hele utvalget var **41,97 %** (KI95%: 41,36-42,59). Andelen for kvinner var 49,22 % (n=18 677; KI95% 48,37-50,07) og andelen var 33,71 % (n=16 429; KI95% 32,84-34,58) for menn.

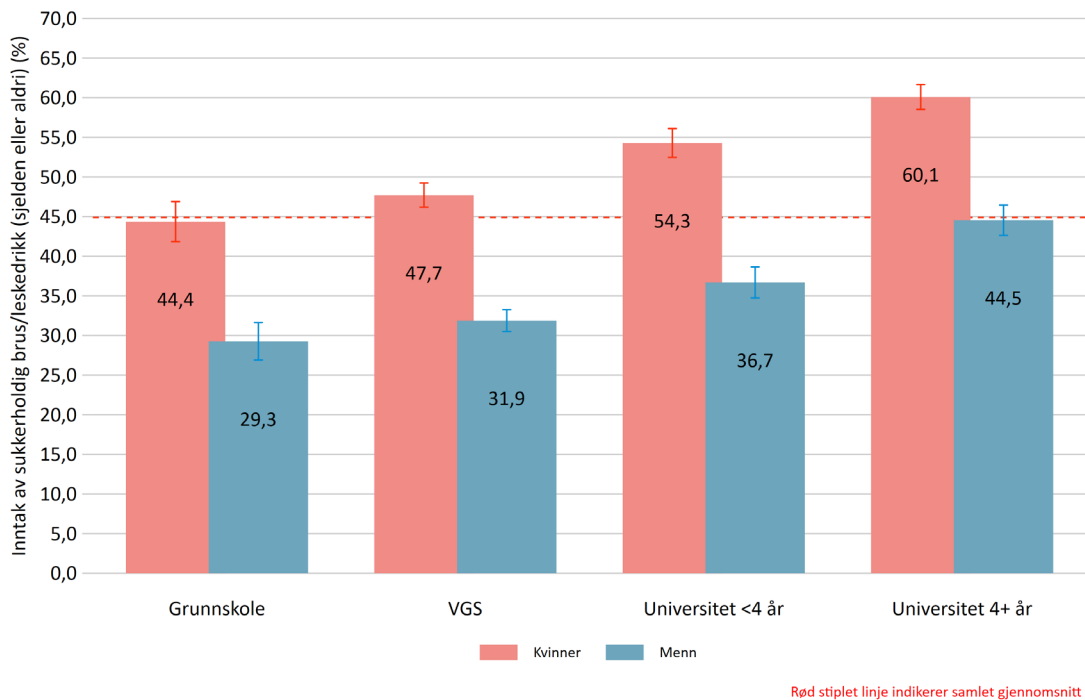
Figur 38: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri) på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. I Nord-Jæren er andelen som rapporterer at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk signifikant høyere enn gjennomsnittet for regionene. Dalane og Sør-Jæren ligger under fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall). Ryfylke og Haugalandet skiller seg ikke betydelig fra fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall). Forskjellene mellom justerte og ujusterte tall er ubetydelige.

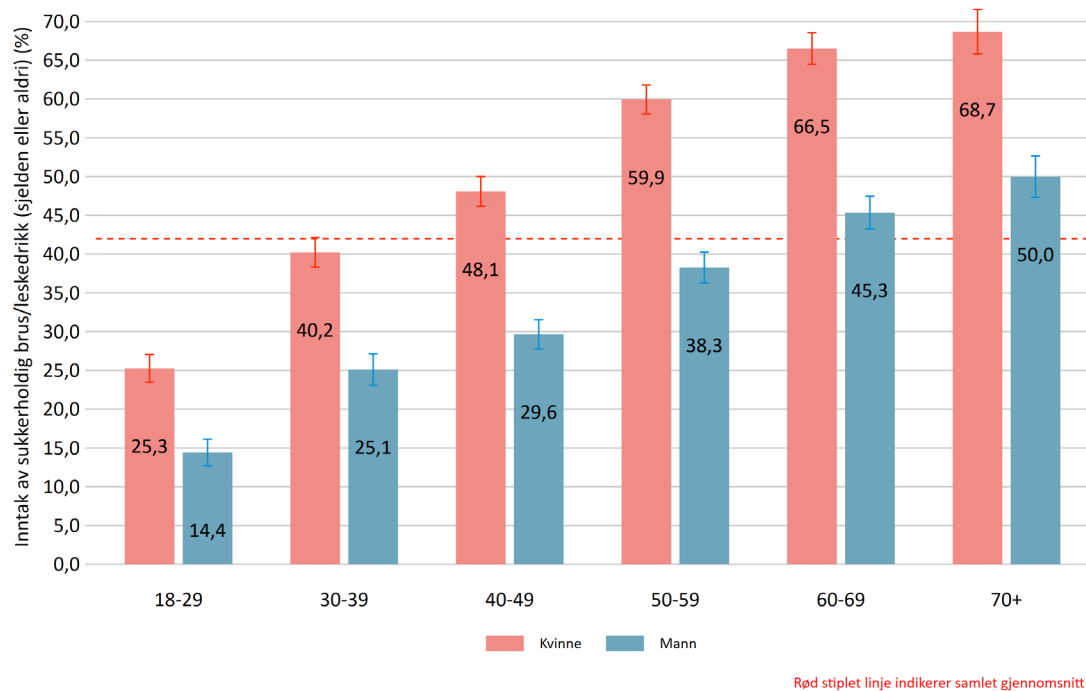
Fullstendig fordeling på kategorier: Sjelden eller aldri – 42,0 %; 1-3 ganger per måned – 21,4 %; 1 gang per uke – 14,9 %; 2-3 ganger per uke – 12,5 %; 4-6 ganger per uke – 4,1 %; Daglig – 5,1 %.

Figur 39: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri) fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som oppgir at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner øker andelen som rapporterer at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk med økende utdanningsnivå. På alle utdanningsnivå er det betydelig flere kvinner enn menn som rapporterer at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk.

Figur 40: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri) fordelt på kjønn og alder, Rogaland

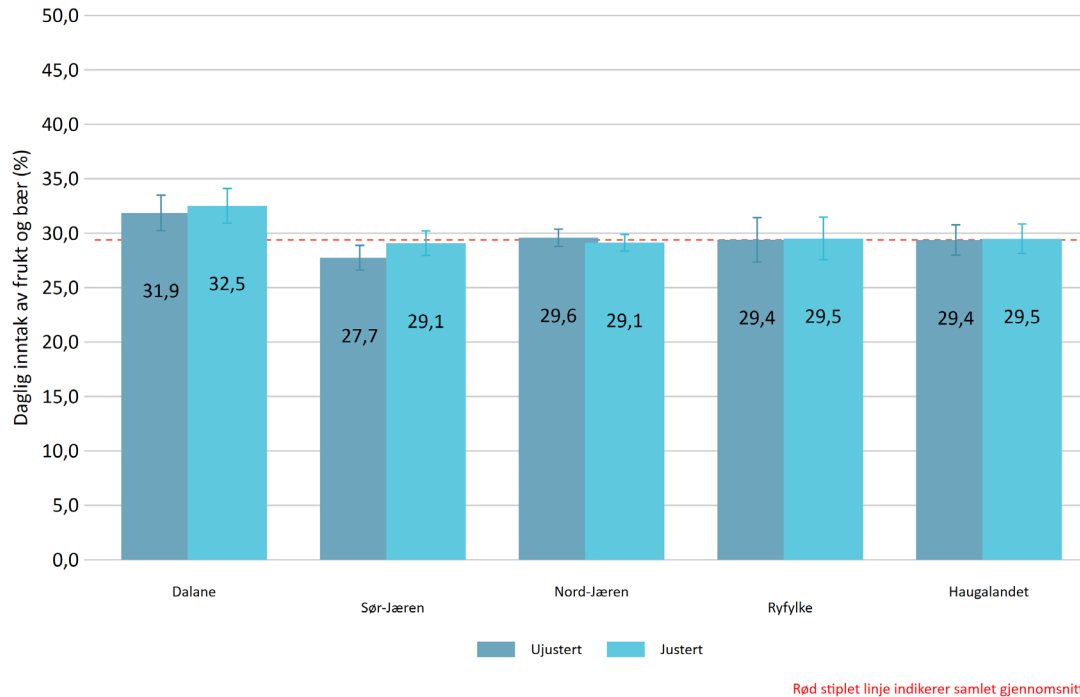


Figuren viser andelen som sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk fordelt på kjønn og alder. For både menn og kvinner ser vi en klar alderstrend, der andelen som oppgir at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk øker med alderen. Der er også betydelige kjønnsforskjeller på tvers av aldersgruppene. Det er minst 11 prosentpoeng høyere andel blant kvinner enn blant menn som oppgir at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk.

3.17 Daglig inntak av frukt og bær

Totalt 35 106 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Daglig inntak av frukt og bær. Andelen for hele utvalget var **29,38 %** (KI95%: 28,81-29,94). Andelen for kvinner var 36,26 % (n=18 683; KI95% 35,44-37,07) og andelen var 21,52 % (n=16 423; KI95% 20,77-22,27) for menn.

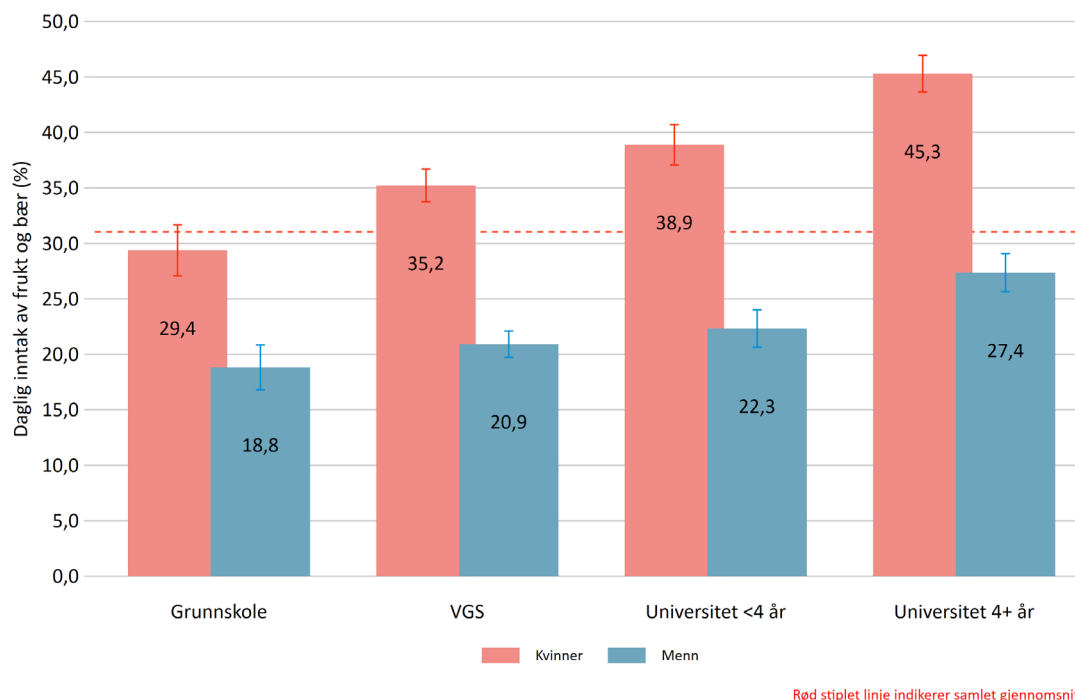
Figur 41: Daglig inntak av frukt og bær på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser daglig inntak av frukt og bær, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Det er lite variasjon i daglig inntak av frukt og bær på tvers av regionene. Andelen er høyest i Dalane, som ligger signifikant over gjennomsnittet for alle regionene. Laveste andel som rapporterer daglig inntak av frukt og bær finner vi Sør-Jæren, som ligger signifikant lavere enn fylkesgjennomsnittet (justert tall). Forskjellen mellom høyeste og laveste region for ujusterte tall er omtrent 4 prosentpoeng. Forskjellene mellom justerte og ujusterte tall er små og ikke statistisk sikre.

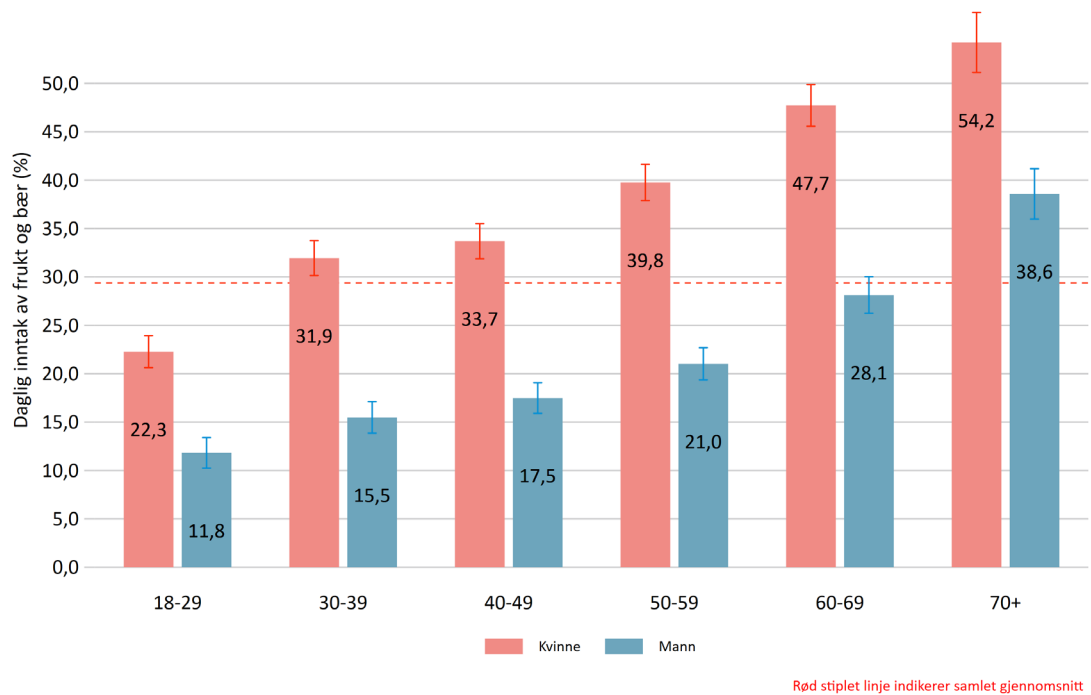
Fullstendig fordeling på kategorier: Sjelden eller aldri – 3,2 %; 1-3 ganger per måned – 9,3 %; 1 gang per uke – 12,9 %; 2-3 ganger per uke – 25,9 %; 4-6 ganger per uke – 19,3 %; Daglig – 29,4 %.

Figur 42: Daglig inntak av frukt og bær fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser daglig inntak av frukt og bær fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner øker andelen som rapporterer at de har et daglig inntak av frukt og bær med økende utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen med daglig inntak av frukt og bær 16 prosentpoeng høyere for gruppen med minst 4 år med høgskole- eller universitetsutdanning, sammenlignet med de med grunnskoleutdanning. Blant menn er forskjellen mindre, med en forskjell på 9 prosentpoeng. Det sees også betydelige kjønnsforskjeller der andelen er 11 prosentpoeng eller høyere for kvinner enn menn, på tvers av utdanningsnivåene.

Figur 43: Daglig inntak av frukt og bær fordelt på kjønn og alder, Rogaland

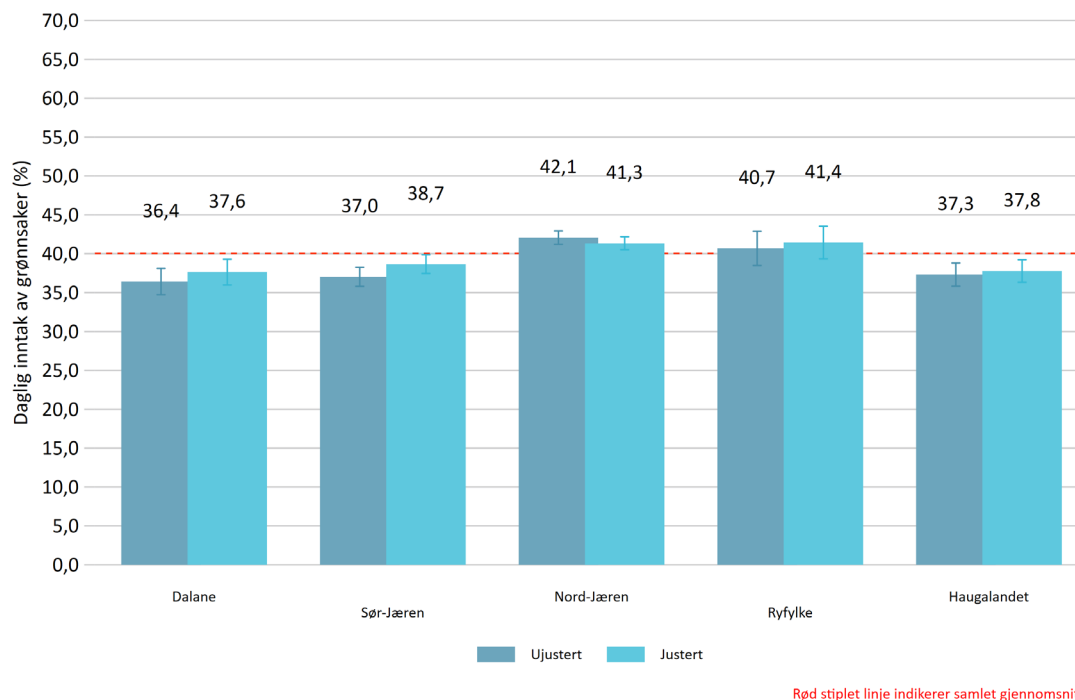


Figuren viser daglig inntak av frukt og bær fordelt på kjønn og aldersgrupper. For både kvinner og menn sees en klar alderstrend, der andelen som oppgir daglig inntak av frukt og bær øker med alder. Det er også betydelige kjønnsforskjeller på tvers av alle aldersgrupper, der flere kvinner enn menn rapporterer daglig inntak av frukt og bær.

3.18 Daglig inntak av grønnsaker

Totalt 35 111 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Daglig inntak av grønnsaker. Andelen for hele utvalget var **40,04 %** (KI95%: 39,43-40,65). Andelen for kvinner var 49,10 % (n=18 677; KI95% 48,25-49,95) og andelen var 29,71 % (n=16 434; KI95% 28,87-30,54) for menn.

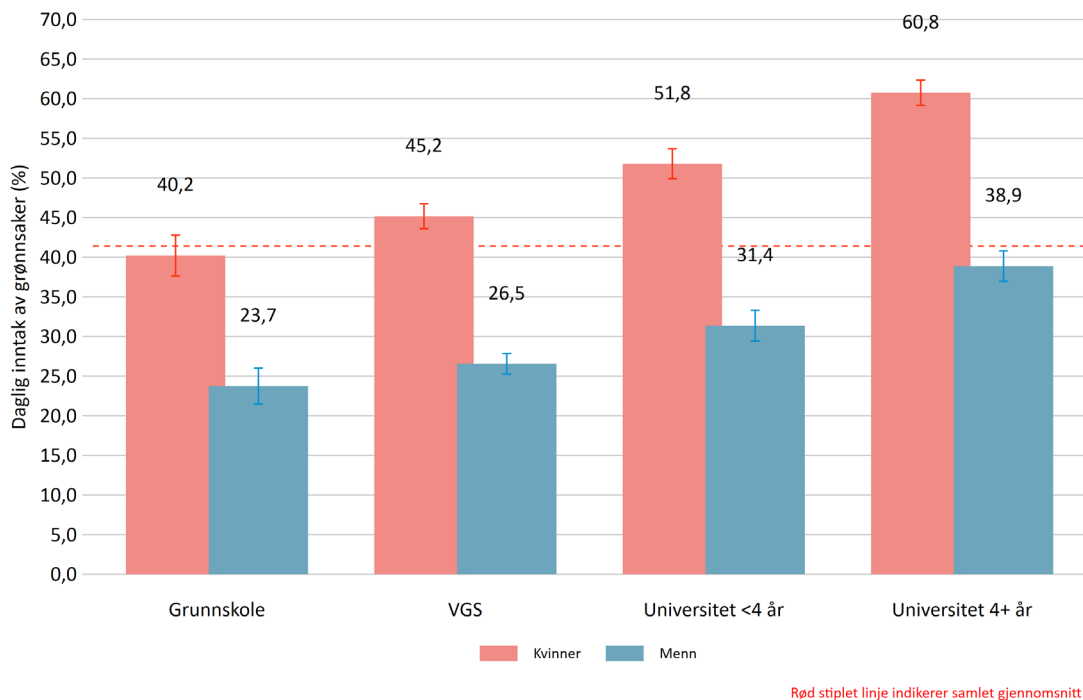
Figur 44: Daglig inntak av grønnsaker på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser prosentandelen som oppgir at de har et daglig inntak av grønnsaker, samlet og for hver av regionene i Rogaland. Der er noe variasjon i daglig inntak av grønnsaker på tvers av regionene. Forskjellen mellom den regionen som har høyest (Nord-Jæren) og den som har lavest prosentandel (Dalane) er på omtrent 6 prosentpoeng (ujusterte tall). Dalane, Sør-Jæren og Haugalandet ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall). Forskjellene mellom justerte og ujusterte tall er små og ikke statistisk sikre.

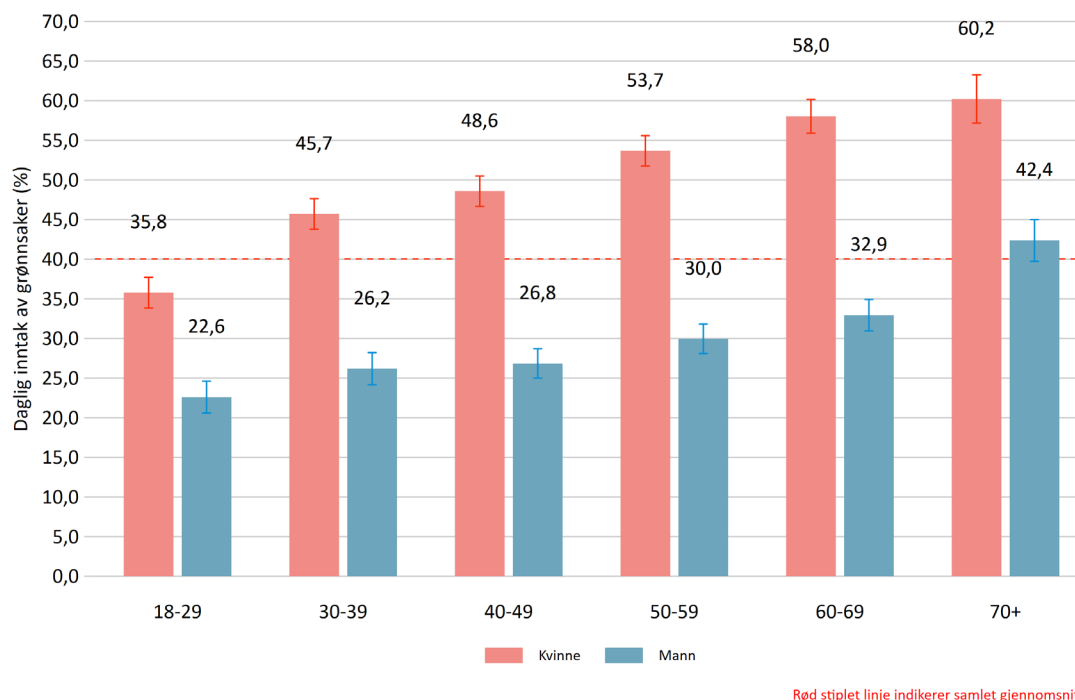
Fullstendig fordeling på kategorier: Sjelden eller aldri – 0,8 %; 1-3 ganger per måned – 2,3 %; 1 gang per uke – 4,9; 2-3 ganger per uke – 21,9 %; 4-6 ganger per uke – 30,1 %; Daglig – 40,0 %.

Figur 45: Daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som oppgir at de har et daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som spiser grønnsaker med utdanningsnivå. For kvinner er det omtrent 21 prosentpoeng flere som rapporterer daglig inntak av grønnsaker blant de med 4+ år høgskole- eller universitetsutdanning, sammenlignet med de som har grunnskole som høyeste utdanning. For menn er det omtrent 15 prosentpoeng mellom høyest og lavest utdanningsgruppe. I alle utdanningsgruppene er andelen som spiser grønnsaker vesentlig høyere blant kvinner enn blant menn.

Figur 46: Daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og alder, Rogaland

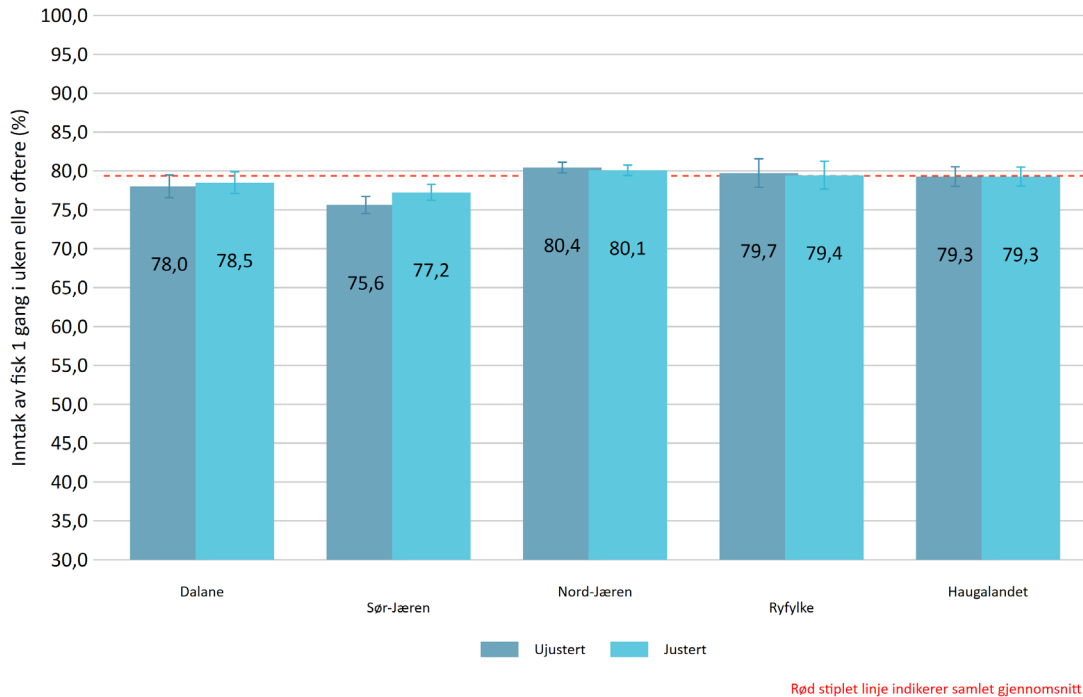


Figuren viser andelen som oppgir at de har et daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn øker andelen som rapporterer daglig inntak av grønnsaker jevnt med økende alder. Forskjellen mellom den eldste og yngste gruppen er 25 prosentpoeng for kvinner og 20 prosentpoeng for menn. Kjønnforskjellene er store og statistisk sikre i alle aldersgruppene, der en høyere andel kvinner enn menn rapporterer daglig inntak av grønnsaker.

3.19 Inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere

Totalt 35 120 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **79,37 %** (KI95%: 78,87-79,87). Andelen for kvinner var 79,11 % (n=18 687; KI95% 78,42-79,80) og andelen var 79,67 % (n=16 433; KI95% 78,95-80,40) for menn.

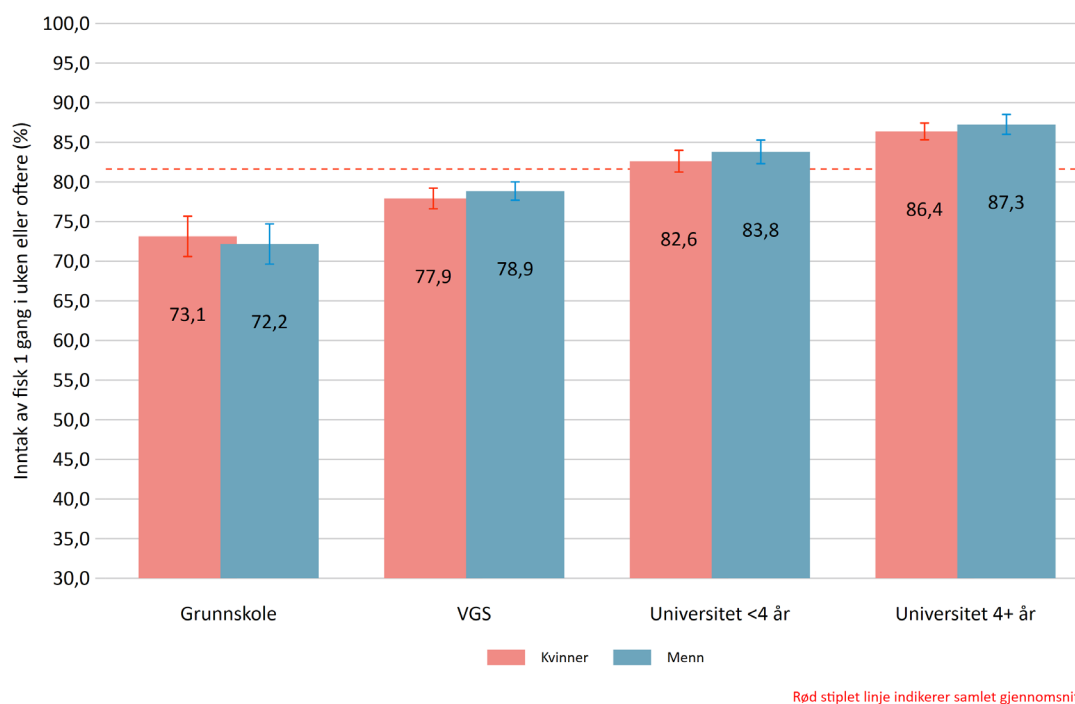
Figur 47: Inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser prosentandelen som oppgir at de har et inntak av fisk én gang i uken eller oftere, samlet og for hver av regionene i Rogaland. Der er lite variasjon i andelen som oppgir inntak av fisk én gang i uken eller oftere på tvers av regionene, med 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest andel (Nord-Jæren) og regionen med lavest andel (Sør-Jæren, ujusterte tall). Sør-Jæren ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte verdier.

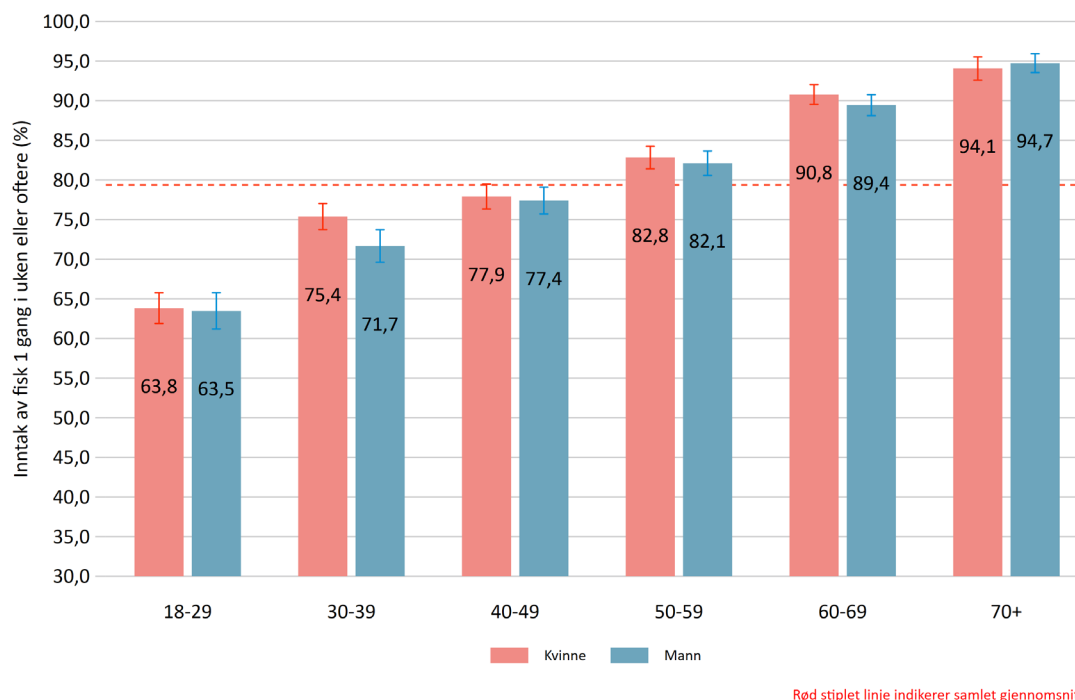
Fullstendig fordeling på kategorier: Sjelden eller aldri – 6,0 %; 1-3 ganger per måned – 14,6 %; 1 gang per uke – 32,6; 2-3 ganger per uke – 38,5 %; 4-6 ganger per uke – 6,6 %; Daglig – 1,6 %.

Figur 48: Inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer inntak av fisk minst én gang i uken fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som rapporterer inntak av fisk minst én gang i uken med økende utdanningsnivå. Forskjellen mellom kjønnene er ubetydelig på tvers av utdanningsnivå.

Figur 49: Inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere fordelt på kjønn og alder, Rogaland

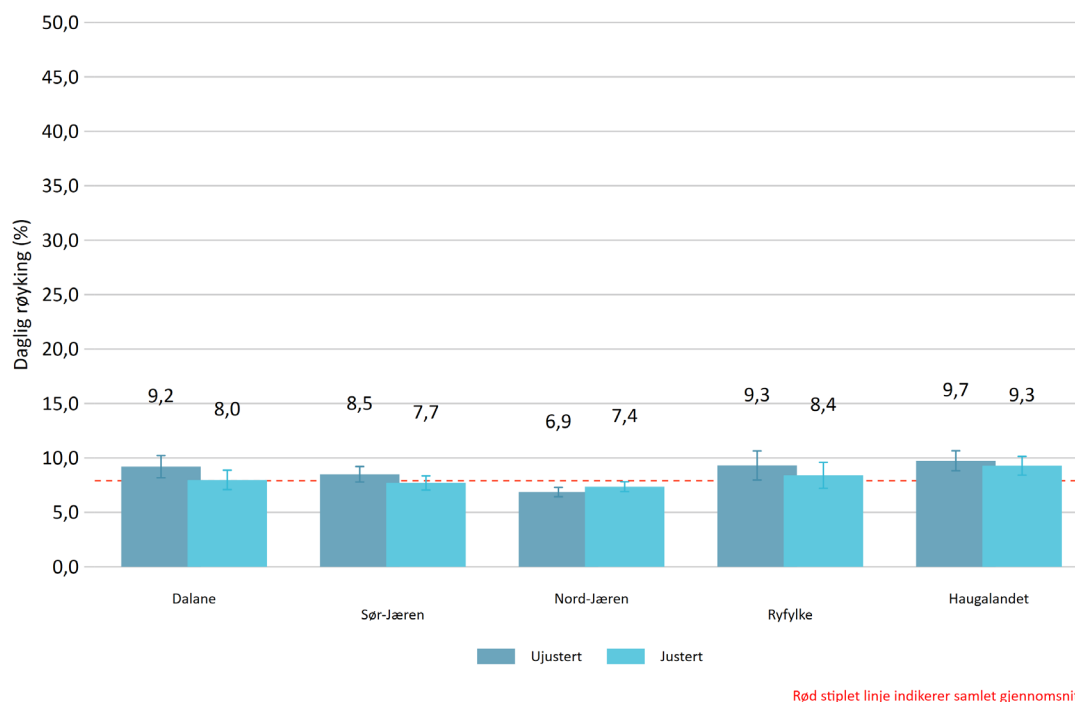


Figuren viser andelen som rapporterer inntak av fisk minst én gang i uken fordelt på kjønn og alder. Andelen som rapporterer inntak av fisk minst én gang i uken øker med alderen for begge kjønn. Blant de som er 70+ år rapporterer 94-95 prosent inntak av fisk minst én gang i uken. Til sammenligning rapporterer bare 64 prosent i den yngste aldersgruppen (18-29 år) inntak av fisk minst én gang i uken. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er små, men for aldersgruppen 30-39 år er det en signifikant høyere andel kvinner enn menn som rapporterer inntak av fisk minst én gang i uken.

3.20 Daglig røyking

Totalt 35 117 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Daglig røyking. Andelen for hele utvalget var **7,91 %** (KI95%: 7,58-8,25). Andelen for kvinner var 7,59 % (n=18 681; KI95% 7,15-8,04) og andelen var 8,28 % (n=16 436; KI95% 7,78-8,78) for menn.

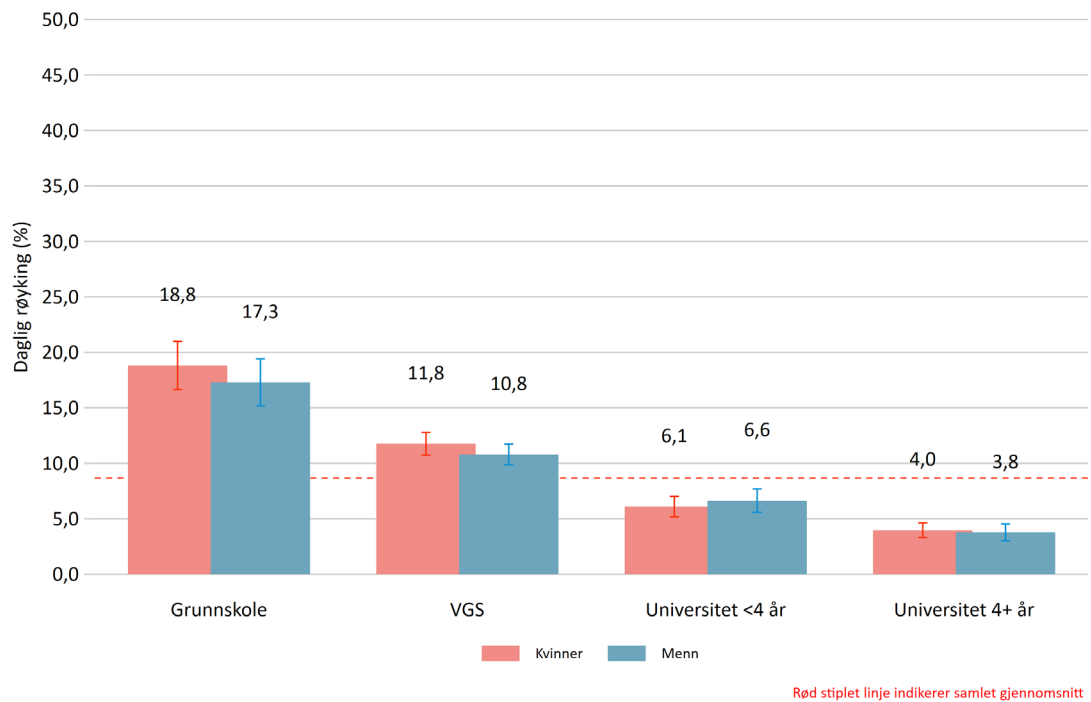
Figur 50: Daglig røyking på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser daglig røyking, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Det er i rundt 3 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og lavest andel som rapporterer å røyke daglig (ujusterte tall). Dalane og Haugalandet ligger signifikant over fylkesgjennomsnittet, mens Nord-Jæren ligger signifikant under (ujusterte tall). Det er ingen betydelig forskjell mellom ujusterte og justerte verdier.

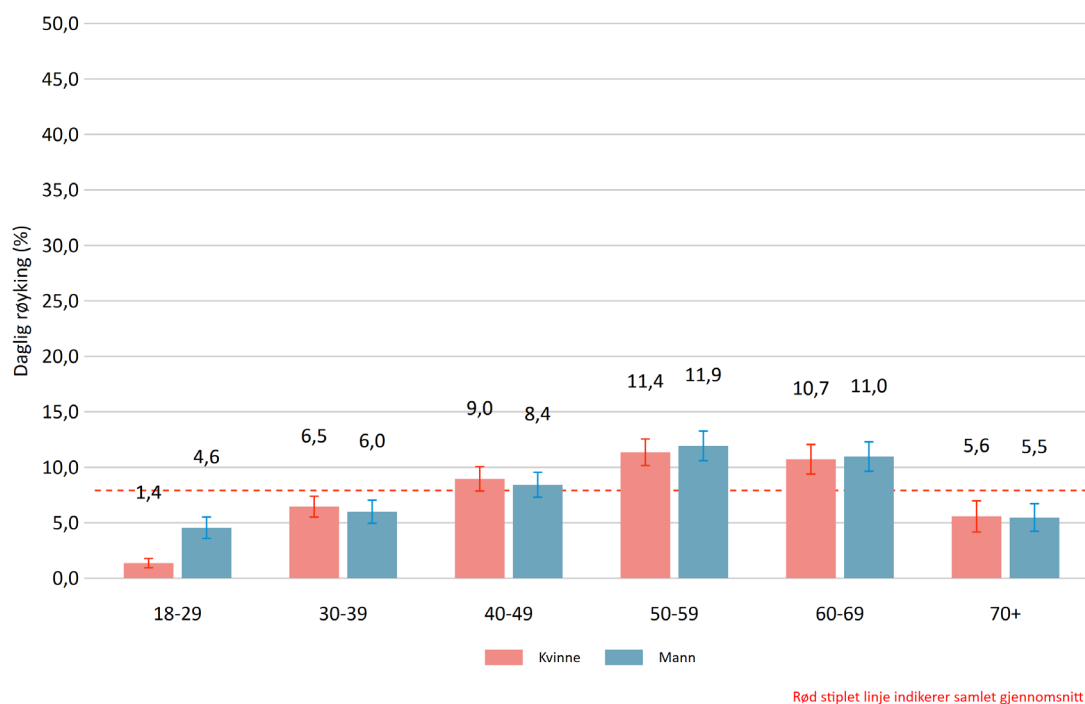
Fullstendig fordeling på kategorier: Daglig – 7,9 %; Av og til – 5,4 %; Ikke nå, men tidligere daglig – 21,3 %; Ikke nå, men tidligere av og til – 17,6 %; Har aldri røykt – 47,8 %.

Figur 51: Daglig røyking fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser daglig røyking fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner synker andelen som røyker daglig betydelig med utdanningsnivå. Andelen som røyker daglig er over fire ganger høyere blant de som har grunnskole som høyeste utdanning sammenlignet med de som har minst 4 år høgskole- eller universitets-utdanning. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kjønn på tvers av utdanningsnivå.

Figur 52: Daglig røyking fordelt på kjønn og alder, Rogaland

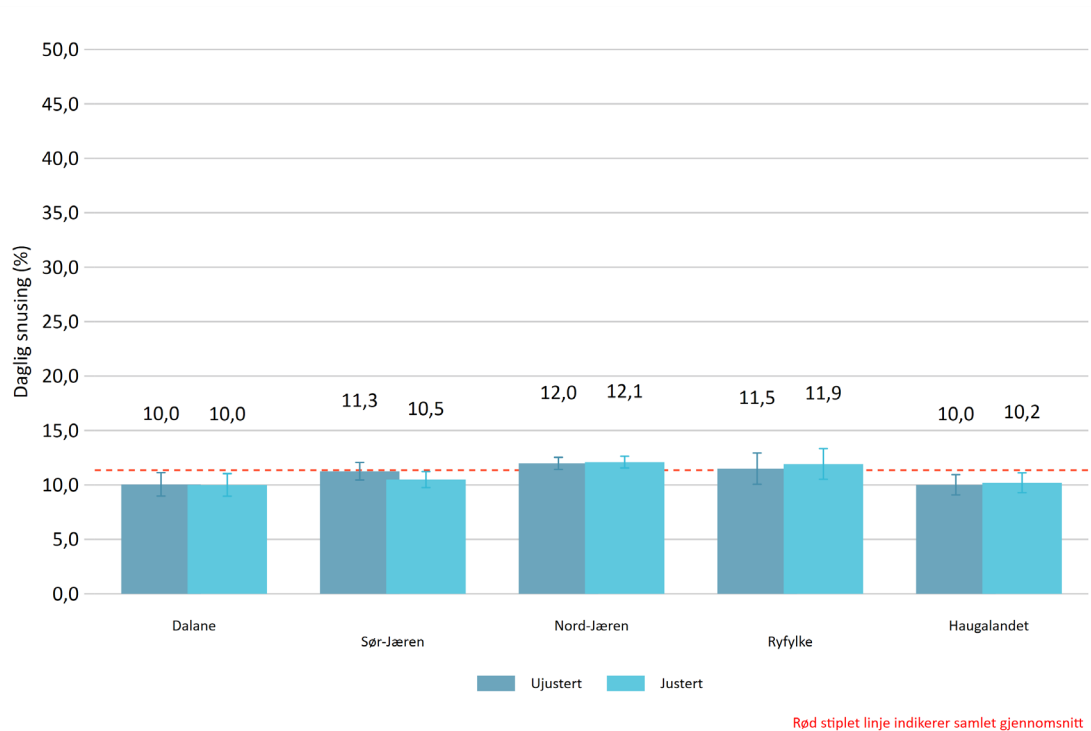


Figuren viser daglig røyking fordelt på kjønn og alder. For både menn og kvinner ser vi antydninger til en omvendt U-formet alderstrend. Blant både kvinner og menn øker andelen som oppgir daglig røyking fra den yngste gruppen til aldersgruppen 50-59 år, for deretter å flate ut og synke. I den yngste aldersgruppen er det betydelig flere menn enn kvinner som oppgir daglig røyking. I de andre aldersgruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

3.21 Daglig snusing

Totalt 35 098 deltakere av 35 191 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Daglig snusing. Andelen for hele utvalget var **11,36 %** (KI95%: 10,96-11,75). Andelen for kvinner var 7,77 % (n=18 665; KI95% 7,31-8,23) og andelen var 15,45 % (n=16 433; KI95% 14,79-16,11) for menn.

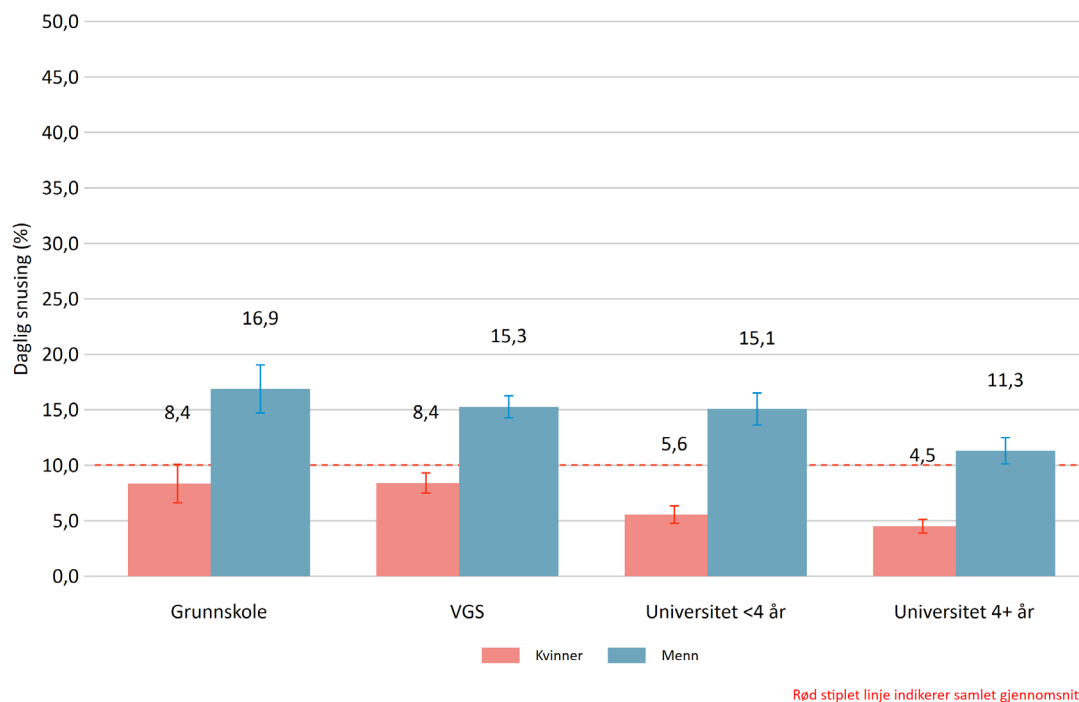
Figur 53: Daglig snusing på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser daglig snusing, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Der er lite variasjon i daglig snusing på tvers av regionene. Forskjellen mellom høyeste (Nord-Jæren) og laveste (Dalane og Haugalandet) er omtrent 2 prosentpoeng (ujusterte tall). Dalane og Haugalandet ligger signifikant lavere enn gjennomsnittet for regionene. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

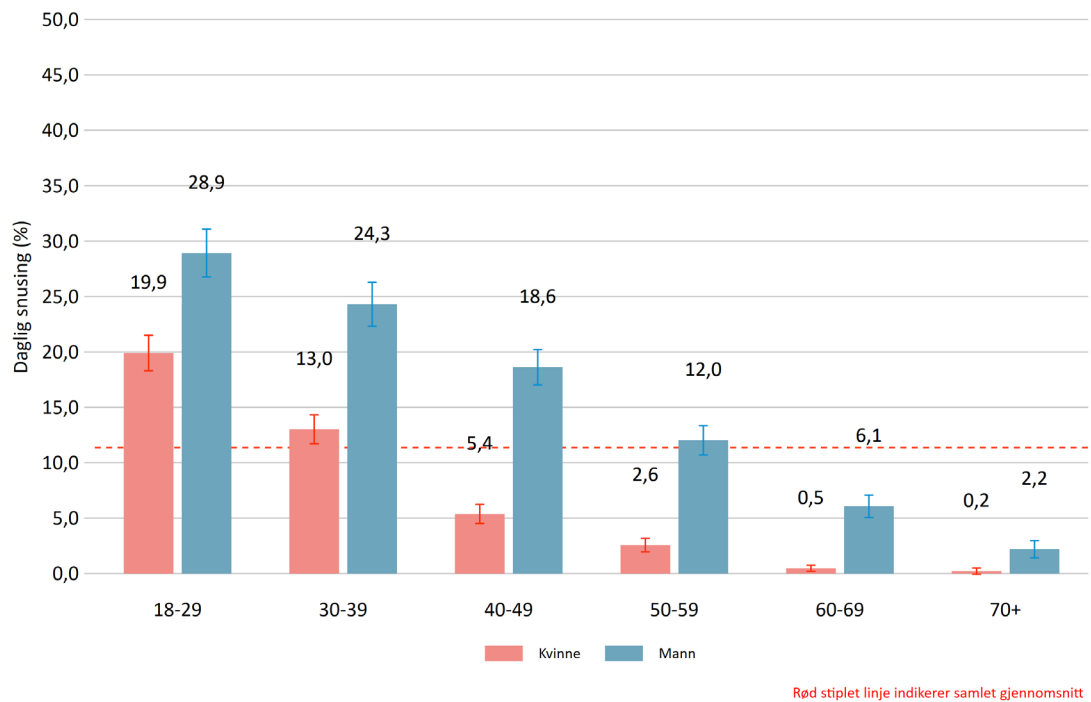
Fullstendig fordeling på kategorier: Daglig – 11,4 %; Av og til – 2,2 %; Ikke nå, men tidligere daglig – 4,2 %; Ikke nå, men tidligere av og til – 4,0 %; Har aldri brukt snus – 78,3 %.

Figur 54: Daglig snusing fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser daglig snusing fordelt på kjønn og utdanningsnivå i Rogaland. For både kvinner og menn er det en nedgang i andelen som rapporterer daglig snusing fra laveste til høyeste utdanningsnivå. I alle gruppene er det en langt høyere andel menn som bruker snus daglig enn kvinner.

Figur 55: Daglig snusing fordelt på kjønn og alder, Rogaland

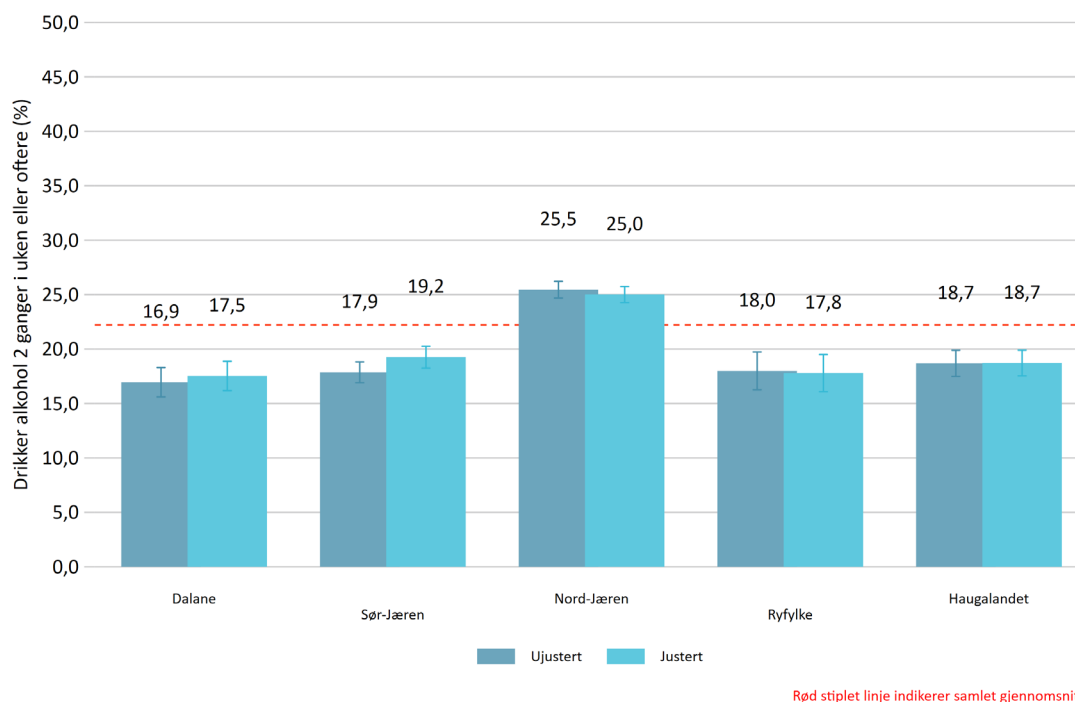


Figuren viser daglig snusing fordelt på kjønn og alder for Rogaland. For både menn og kvinner sees en sterk alderstrend, der andelen som oppgir daglig snusing synker med økende alder. I alle aldersgrupper er det en betydelig høyere andel som snuser daglig blant menn enn blant kvinner.

3.22 Drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere

Totalt 35 088 deltakere av 35 191 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **22,21 %** (KI95%: 21,68-22,74). Andelen for kvinner var 17,98 % (n=18 673; KI95% 17,30-18,65) og andelen var 27,04 % (n=16 415; KI95% 26,22-27,86) for menn.

Figur 56: Drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker alkohol to ganger i uken eller mer, samlet og for hver av regionene i Rogaland. Det er omtrent 9 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyeste (Nord-Jæren) og regionen med laveste (Dalane) andel som rapporterer inntak av alkohol to ganger i uken eller mer. Nord-Jæren har klart høyere andel som rapporterer inntak av alkohol to ganger i uken eller mer, sammenlignet med samlet gjennomsnitt. De øvrige regionene ligger alle betydelig under gjennomsnittet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

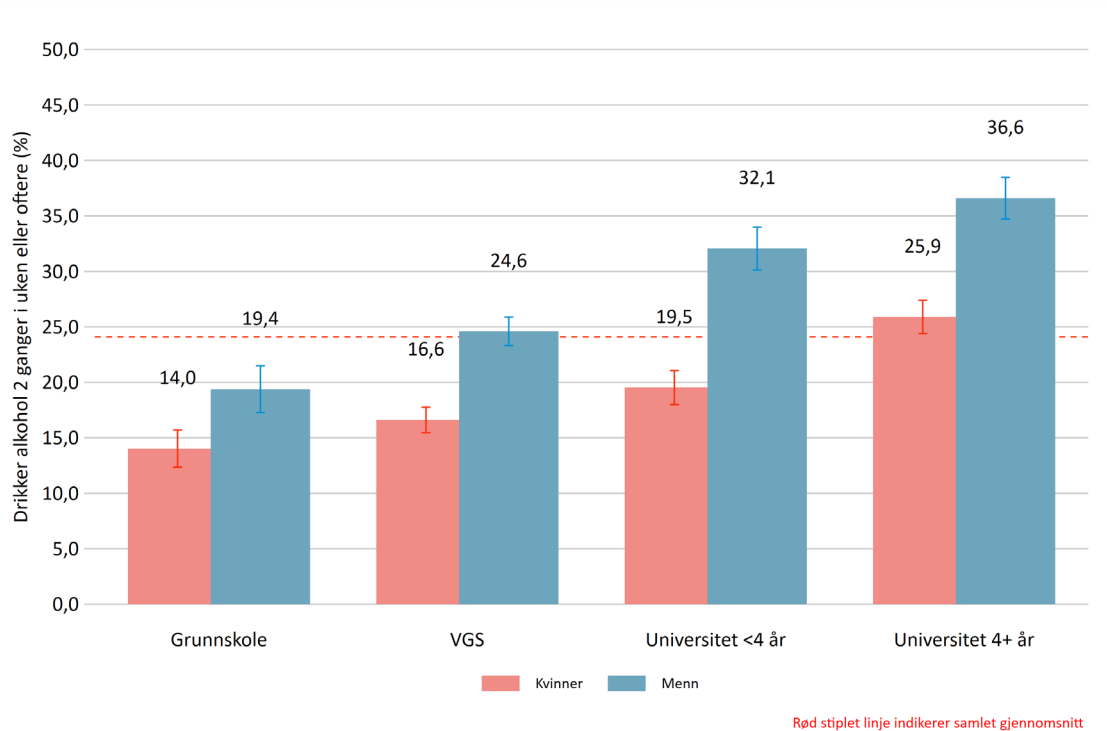
I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du drukket alkohol?

Fordeling på kategorier: Har aldri drukket alkohol- 5,0 %; Har ikke drukket alkohol de siste 12 månedene – 6,6 %; Månedlig eller sjeldnere – 29,4 %; 2-4 ganger i måneden – 36,8 %; 2-3 ganger i uken – 18,6 %; 4 ganger i uken eller mer – 3,6 %.

Hvor mange alkoholenheter tar du på en «typisk» dag når du drikker alkohol? (Dette spørsmålet er bare stilt til de som har drukket alkohol i løpet av de siste 12 månedene)

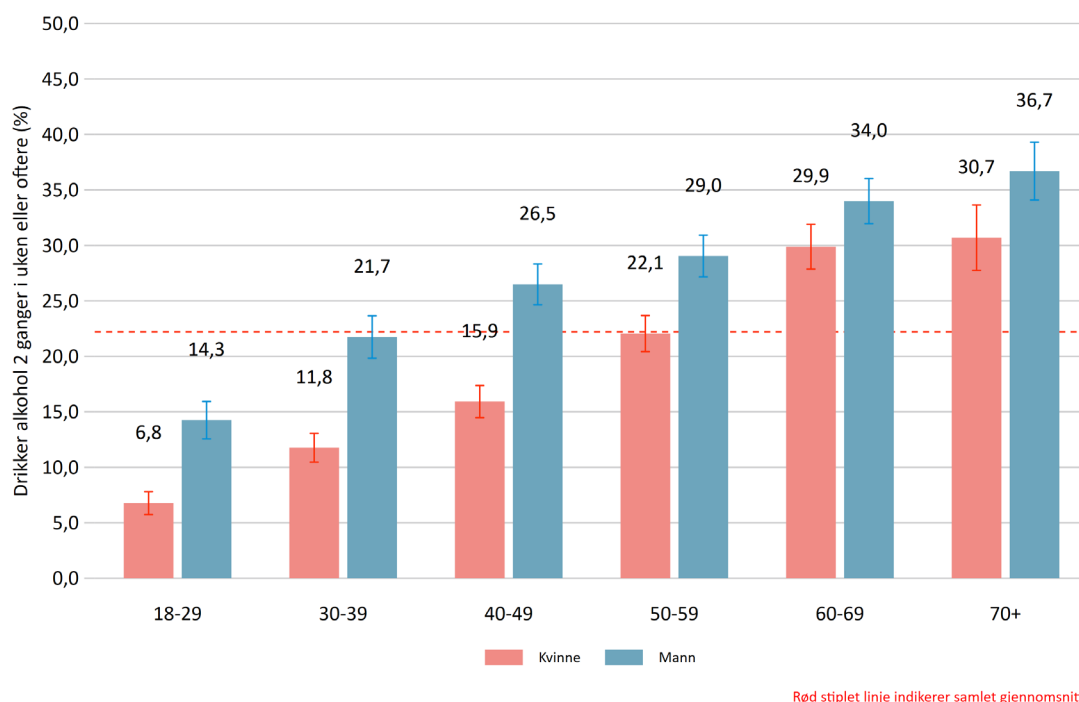
Fordeling på kategorier: 1-2 – 48,6 %; 3-4 – 29,5 %; 5-6 – 13,9 %; 7-9 – 5,7 %; 10 eller flere – 2,2 %.

Figur 57: Drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker alkohol to ganger i uken eller mer fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er det en trend til at andelen som rapporterer at de drikker alkohol to ganger i uken eller mer øker med utdanningsnivå, der forskjellen mellom det høyeste utdanningsnivået og de øvrige utdanningsnivåene alle er statistisk sikre. For menn er det en klar økning i andelen som rapporterer at de drikker alkohol to ganger i uken eller oftere med høyere utdanningsnivå. Forskjellen mellom dem med 4+ år med høgskole- eller universitetsutdanning og de med grunnskole som høyeste utdanning er 12 prosentpoeng for kvinner og 17 prosentpoeng for menn. I alle gruppene er det en betydelig høyere andel blant menn enn blant kvinner som rapporterer at de drikker alkohol to ganger i uken eller mer.

Figur 58: Driker alkohol 2 ganger i uken eller oftere fordelt på kjønn og alder, Rogaland

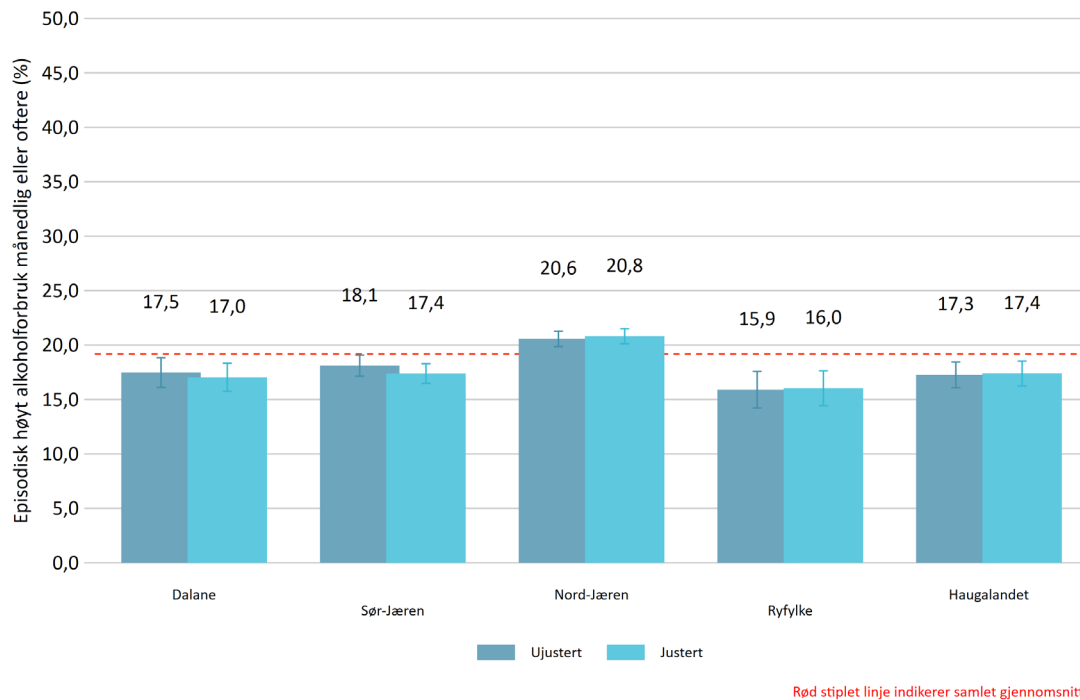


Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker alkohol to ganger i uken eller mer fordelt på kjønn og alder. For både menn og kvinner sees en alderstrend, der andelen som rapporterer at de drikker alkohol to ganger i uken eller mer øker med økende alder. Hos begge kjønn jevnes dette ut i de to eldste aldersgruppene. For kvinner er det over fire ganger så mange som drikker alkohol to ganger i uken eller mer i den eldste aldersgruppen sammenlignet med den yngste. For de fleste aldersgruppene er det en betydelig høyere andel menn enn kvinner som drikker alkohol to ganger i uken eller mer. Unntaket er gruppen 60-69 år, der det ikke er vesentlige kjønnsforskjeller.

3.23 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere

Totalt 35 050 deltakere av 35 191 (99,6 %) hadde gyldig besvarelse på Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **19,18 %** (KI95%: 18,68-19,68). Andelen for kvinner var 12,50 % (n=18 655; KI95% 11,92-13,07) og andelen var 26,81 % (n=16 395; KI95% 25,99-27,62) for menn.

Figur 59: Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere på tvers av regioner i Rogaland

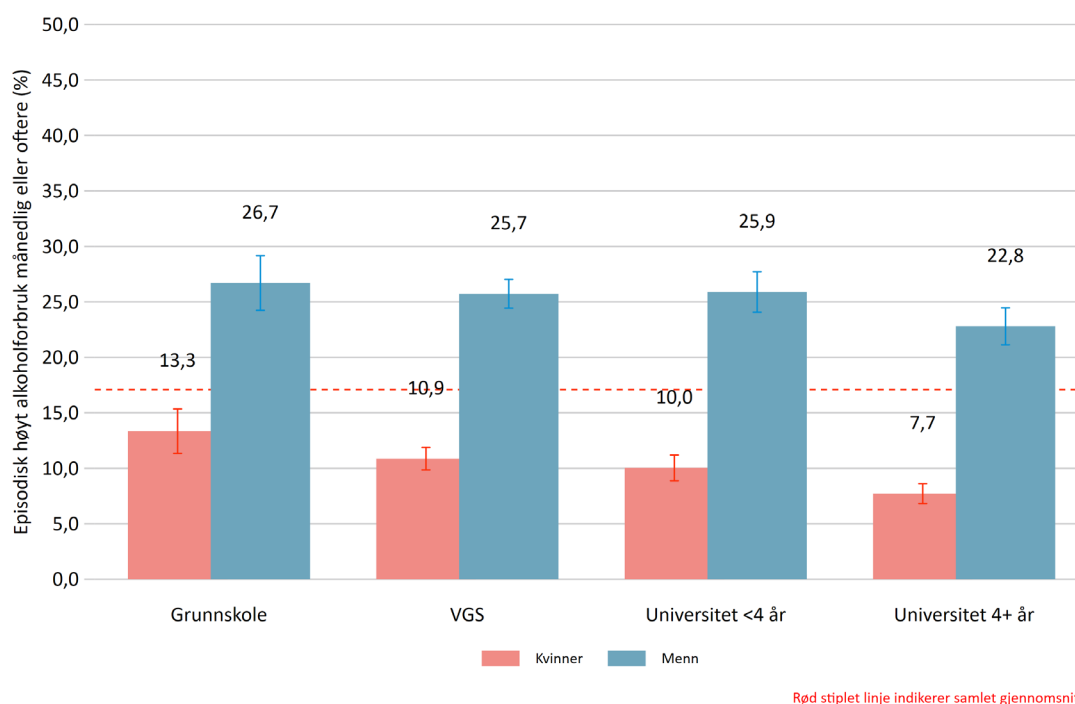


Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker minst seks enheter med alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Forskjellen mellom regionene med høyest (Nord-Jæren) og lavest (Ryfylke) andel er på 5 prosentpoeng (ujusterte tall). Nord-Jæren ligger signifikant over gjennomsnittet for alle regionene. Sammenlignet med gjennomsnittet, er andelen signifikant lavere i Dalane, Ryfylke og Haugalandet, mens andelen i Sør-Jæren er grensesignifikant lavere. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

Fullstendig fordeling på kategorier:

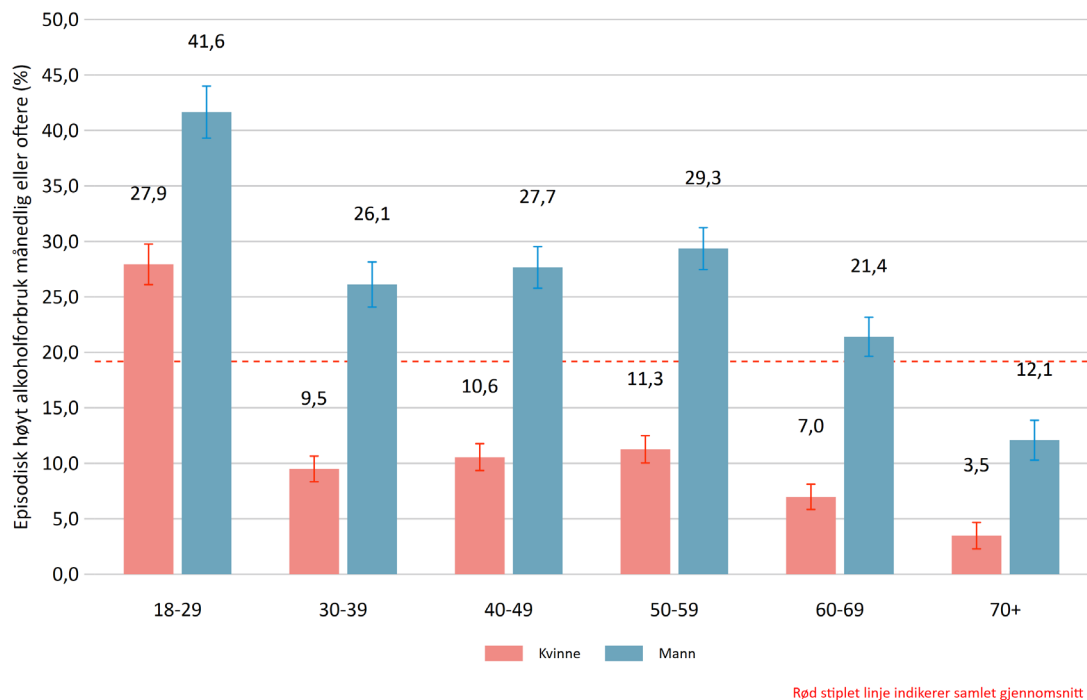
Har aldri drukket alkohol eller har ikke drukket alkohol de siste 12 månedene – 11,6 %;
 Har ikke drukket seks alkoholenheter ved en og samme anledning de siste 12 månedene – 27,4 %; Sjeldnere enn månedlig – 41,8 %; Månedlig – 14,3 %; Ukentlig – 4,7 %; Daglig eller nesten daglig – 0,2 %.

Figur 60: Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker minst seks enheter med alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner er det en svak nedgang i andel med økende utdanning som ikke er statistisk sikker. Unntaket er kvinner i gruppen med høyest utdanning, hvor andelen som rapporterer at de drikker minst seks enheter med alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere er signifikant lavere sammenlignet med de tre andre utdanningsgruppene. På alle utdanningsnivå er det klare kjønnsforskjeller, der en høyere andel menn enn kvinner rapporterer å innta denne mengden og frekvensen med alkohol.

Figur 61: Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere fordelt på kjønn og alder, Rogaland

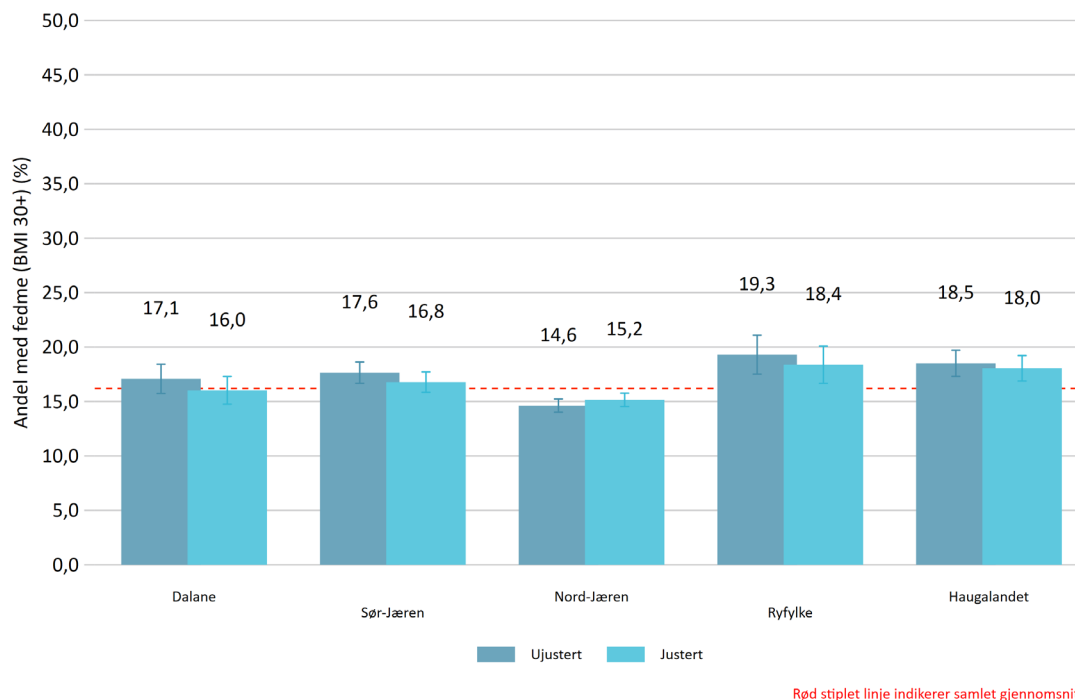


Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker minst seks enheter med alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere fordelt på kjønn og alder. For både menn og kvinner sees en alderstrend der andelen som rapporterer denne mengden alkoholinntak og frekvens synker noe ujevnt med økende alder. For begge grupper er det en nedgang i andelen som rapporterer episodisk høyt alkoholforbruk fra den yngste aldersgruppen til aldersgruppen 30-39 år. Deretter øker andelen svakt frem til aldersgruppen 50-59 år, før det sees en ny nedgang med økende alder. Det er klare kjønnsforskjeller i alle aldersgrupper, der andelen som rapporterer episodisk høyt alkoholforbruk er vesentlig større blant menn enn blant kvinner.

3.24 Andel med fedme (KMI 30+)

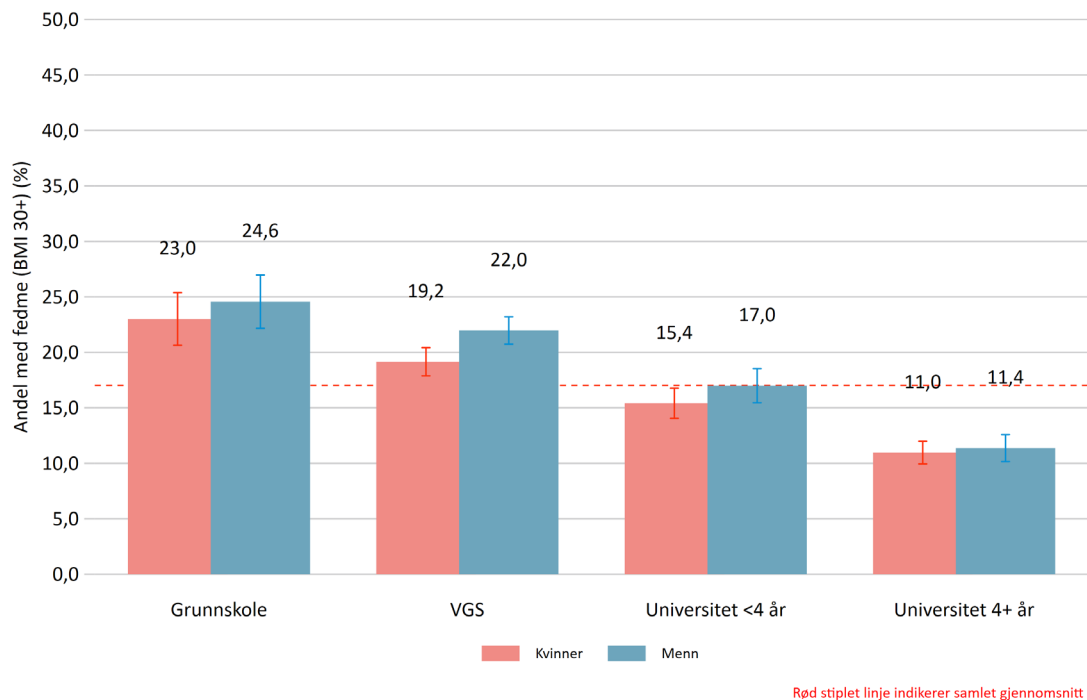
Totalt 34 537 deltakere av 35 191 (98,1 %) hadde gyldig besvarelse på Andel med fedme (KMI 30+). Andelen for hele utvalget var **16,20 %** (KI95%: 15,74-16,65). Andelen for kvinner var 15,04 % (n=18 261; KI95% 14,43-15,64) og andelen var 17,50 % (n=16 276; KI95% 16,82-18,19) for menn.

Figur 62: Andel med fedme (KMI 30+) på tvers av regioner i Rogaland



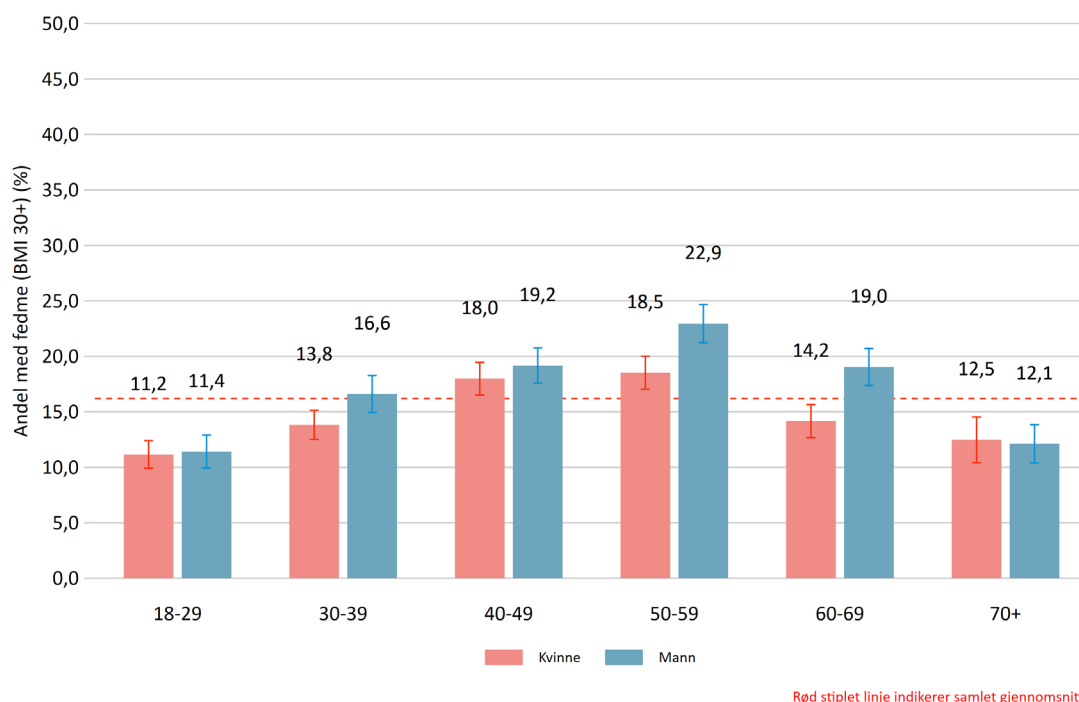
Figuren viser andelen med fedme (KMI 30+), samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Forskjellen mellom regionene med høyeste og laveste andel er i underkant av 5 prosentpoeng (ujusterte tall). I Sør-Jæren, Ryfylke og Haugalandet er verdiene signifikant høyere enn fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall). Andelen med fedme er signifikant under fylkesgjennomsnittet i Nord-Jæren. Det er ingen vesentlige forskjeller mellom ujusterte og justerte verdier.

Figur 63: Andel med fedme (KMI 30+) fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen med fedme (KMI 30+) fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn synker andelen som har fedme med utdanningsnivå. For menn er forskjellen mellom gruppen med grunnskole som høyeste utdanning og gruppen med videregående ikke statistisk sikker. Andelen med fedme i gruppen med lavest utdanning er omtrent dobbelt så stor som i gruppen med høyest utdanning. I gruppen med videregående som høyeste utdanning er det en høyere andel menn enn kvinner med fedme. I de andre utdanningsgruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

Figur 64: Andel med fedme (KMI 30+) fordelt på kjønn og alder, Rogaland

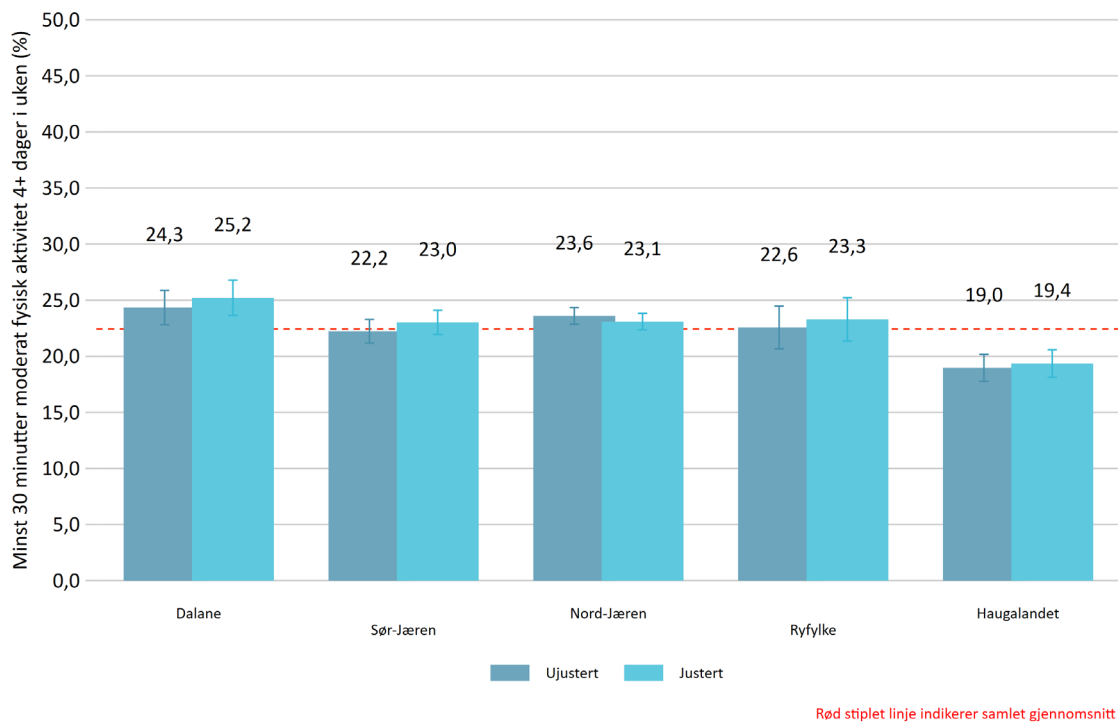


Figuren viser andelen med fedme (KMI 30+) fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen med fedme jevnt frem til aldersgruppen 40-49 år og synker med økende alder fra aldersgruppen 50-59 år. Blant menn øker andelen med fedme jevnt til aldersgruppen 50-59 år, for deretter å synke. I aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år er andelen som har fedme signifikant høyere blant menn enn blant kvinner. I de øvrige aldersgruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

3.25 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken

Totalt 34 836 deltakere av 35 191 (99,0 %) hadde gyldig besvarelse på Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken. Andelen for hele utvalget var **22,43 %** (KI95%: 21,91-22,95). Andelen for kvinner var 22,84 % (n=18 499; KI95% 22,12-23,55) og andelen var 21,96 % (n=16 337; KI95% 21,20-22,72) for menn.

Figur 65: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som er moderat fysisk aktive i minst en halv time hver dag, og minst fem dager i uken, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Det er noe variasjon på tvers av regionene i Rogaland. Det er omtrent 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen med størst andel (Dalane) og regionen med minst andel (Haugalandet, ujusterte tall). Dalane og Nord-Jæren ligger signifikant over fylkesgjennomsnittet, mens Haugalandet ligger under gjennomsnittet (ujusterte tall). Det er ingen vesentlige forskjeller mellom ujusterte og justerte verdier.

Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden?

Fordeling på kategorier: Aldri – 3,9 %; Sjeldnere enn en gang i uken – 11,4 %; En gang i uken – 15,2 %; 2-3 ganger i uken – 35,1 %; 4-5 ganger i uken – 17,4 %; Omtrent hver dag – 16,9 %.

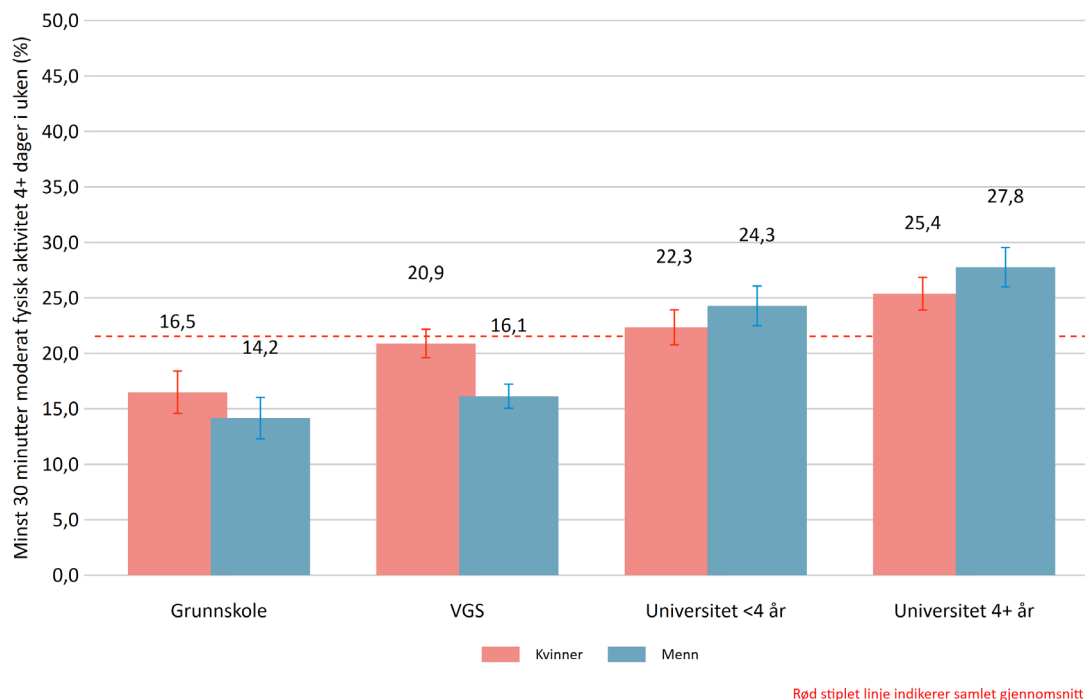
Hvor hardt trener eller mosjonerer du? (ta et gjennomsnitt) (de som aldri trener fikk ikke dette spørsmålet)

Fordeling på kategorier: Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett – 37,0 %; Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett – 57,4 %; Tar meg nesten helt ut – 5,7 %.

Hvor lenge holder du på hver gang? (ta et gjennomsnitt) (de som aldri trener fikk ikke dette spørsmålet)

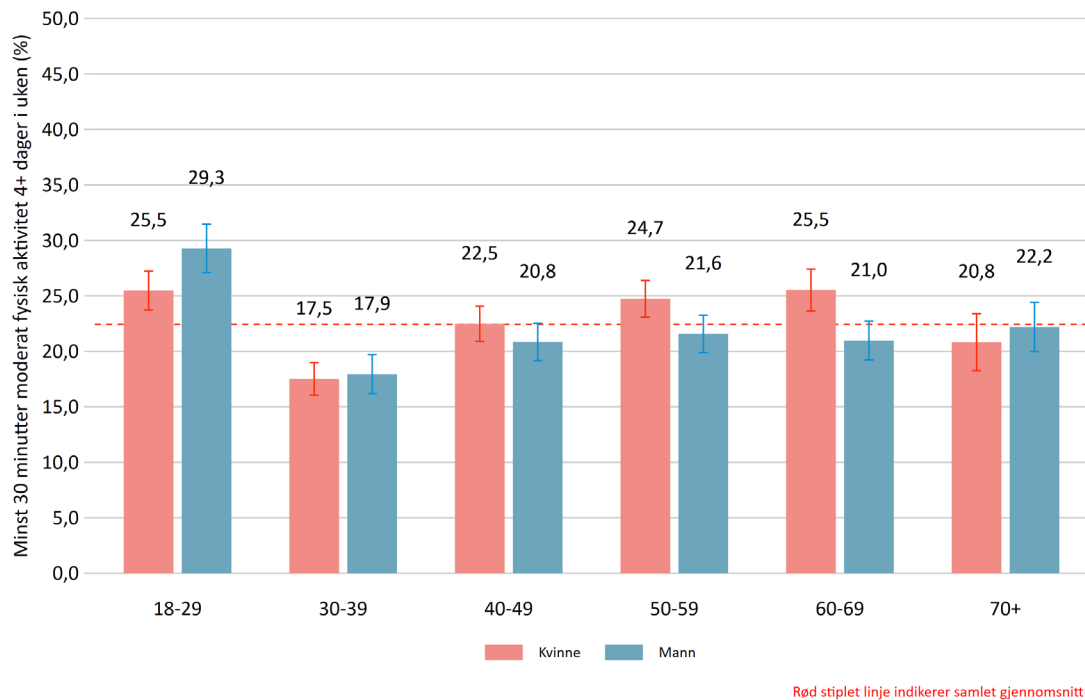
Fordeling på kategorier: Mindre enn 15 minutter – 3,5 %; 15-29 minutter – 16,3 %; 30 minutter-1 time – 55,2 %; Mer enn 1 time – 25,1 %.

Figur 66: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at de er i moderat fysisk aktivitet i minst en halv time minst fem dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen med utdanningsnivå. I gruppen med videregående som høyeste utdanning er det en statistisk sikker kjønnsforskjell, hvor en større andel kvinner enn menn rapporterer at de er fysisk aktive i minst 30 minutter minst fem dager i uken. Kjønnsforskjellene i de øvrige utdanningsgruppene er ikke statistisk sikre.

Figur 67: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken fordelt på kjønn og alder, Rogaland

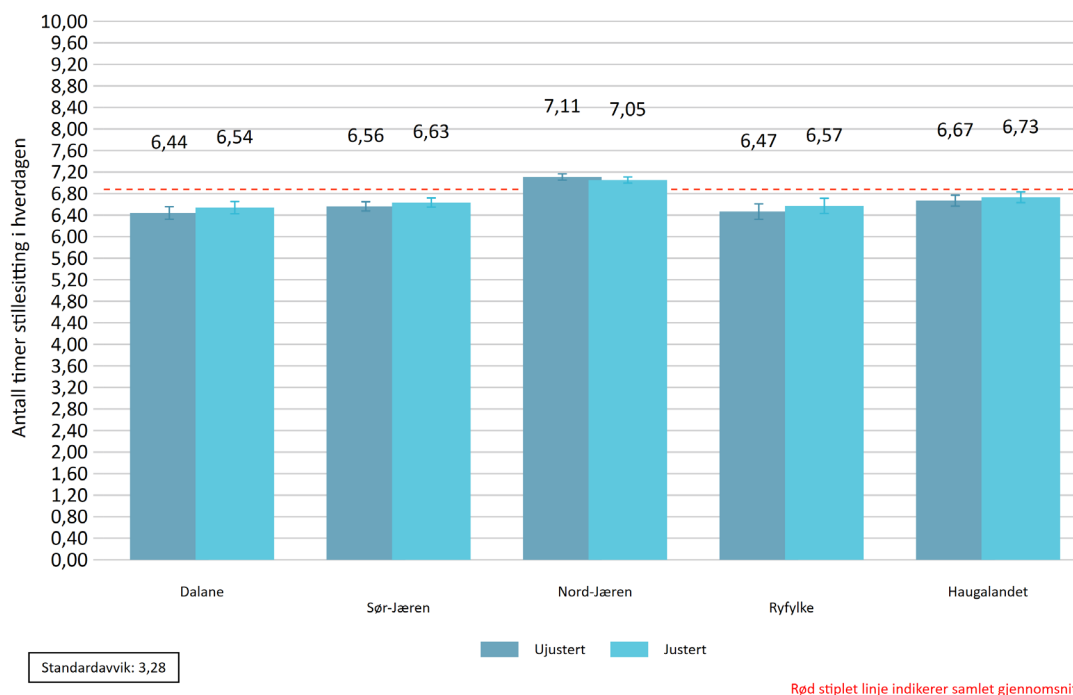


Figuren viser andelen som rapporterer at de er i moderat fysisk aktivitet i minst en halv time minst fem dager i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen som rapporterer fysisk aktivitet minst fem dager i uken omtrent like stor i aldersgruppene 18-29 år, 50-59 år og 60-69 år. Andelen er signifikant høyere i den yngste gruppen sammenlignet med 30-39 år og grensesignifikant høyere enn i den eldste gruppen. Blant menn er andelen som rapporterer at de er i moderat fysisk aktivitet minst fem dager i uken betydelig høyere i den yngste gruppen sammenlignet med de andre aldersgruppene. Også blant menn er andelen lavest i aldersgruppen 30-39 år og forskjellen er statistisk sikker for forskjellen mellom denne og aldersgruppene 50-59 år og 70+ år, i tillegg til den yngste gruppen. Det er stort sett ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller på tvers av aldersgruppene. Unntaket er aldersgruppen 60-69 år, hvor en større andel kvinner enn menn rapporterer at de er i moderat fysisk aktivitet minst fem dager i uken.

3.26 Antall timer stillesitting i hverdagen

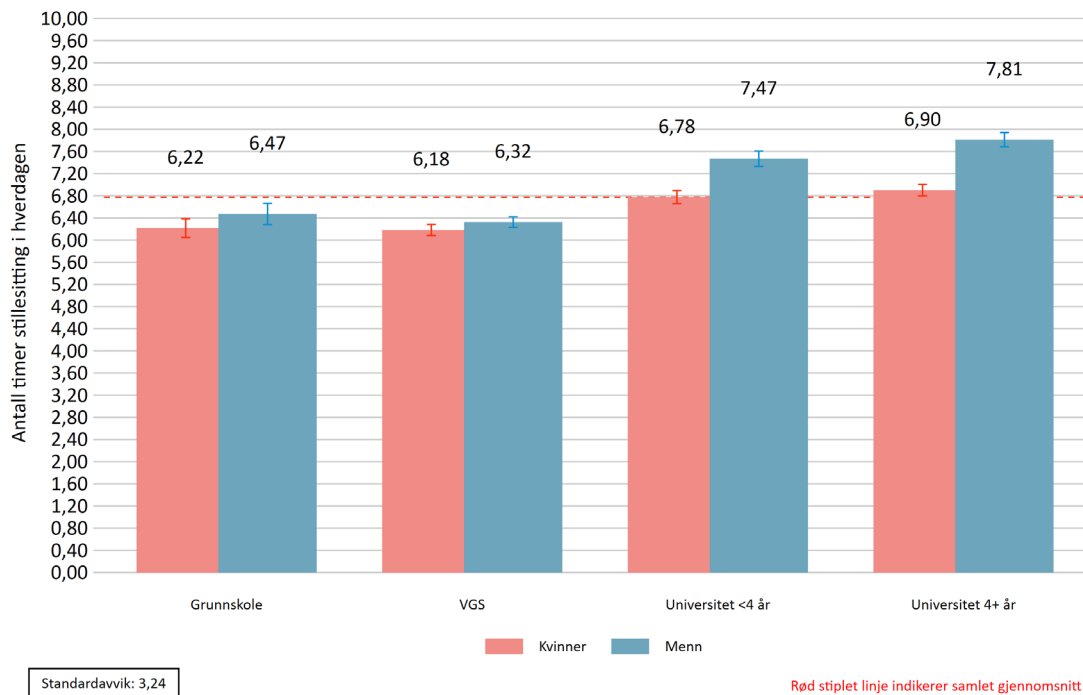
Totalt 34 427 deltakere av 35 191 (97,8 %) hadde gyldig besvarelse på Antall timer stillesitting i hverdagen. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,88** (KI95%: 6,84-6,92). Gjennomsnittet for kvinner var 6,71 (n=18 254; KI95% 6,65-6,76) og gjennomsnittet var 7,07 (n=16 173; KI95% 7,01-7,13) for menn.

Figur 68: Antall timer stillesitting i hverdagen på tvers av regioner i Rogaland



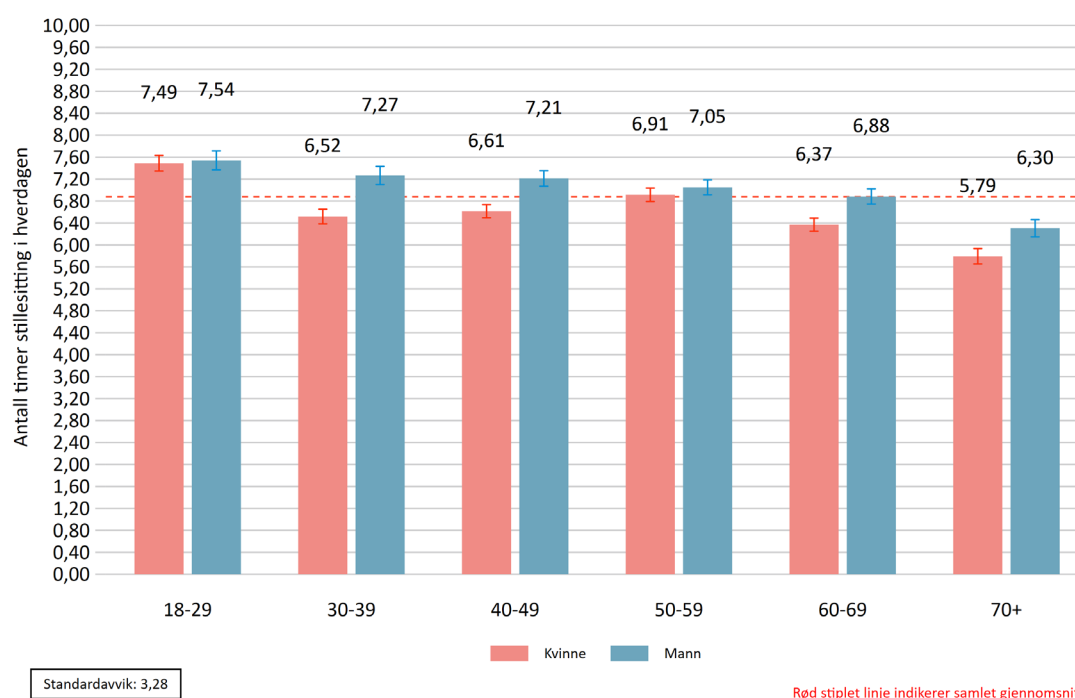
Figuren viser gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen, samlet og for hver av regionene i Rogaland. Det er relativt lite variasjon i stillesitting på tvers av regioner. Forskjellen mellom regionen med høyeste (Nord-Jæren) og laveste (Dalane) antall timer stillesitting er på 39 minutter (ujusterte tall) og gir en effektstørrelse (Cohens d) på 0,20. I Nord-Jæren er det signifikant mer stillesitting sammenlignet med gjennomsnittet for Rogaland som helhet (ujusterte tall). De øvrige regionene ligger alle lavere enn fylkesgjennomsnittet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

Figur 69: Antall timer stillesitting i hverdagen fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen etter kjønn og utdanningsnivå i Rogaland. For både menn og kvinner rapporterer de to gruppene med høyskole- eller universitetsutdannelse betydelig mer tid med stillesitting sammenlignet med de med grunnskole/VGS-utdannelse. For menn er det også en statistisk sikker forskjell mellom de to gruppene med høyest utdanning, hvor de med 4+ år med høyskole- eller universitetsutdannelse rapporterer mer stillesitting enn de med lavere utdanning og har 1 time og 30 minutter mer stillesitting i hverdagen sammenlignet med menn med videregående som høyeste utdanning. For de med høyskole- eller universitetsutdannelse er det også betydelige kjønnsforskjeller, der for eksempel menn med 4+ år med høyere utdanning sitter stille i hverdagen 55 minutter lenger enn kvinner på samme utdanningsnivå.

Figur 70: Antall timer stillesitting i hverdagen fordelt på kjønn og alder, Rogaland

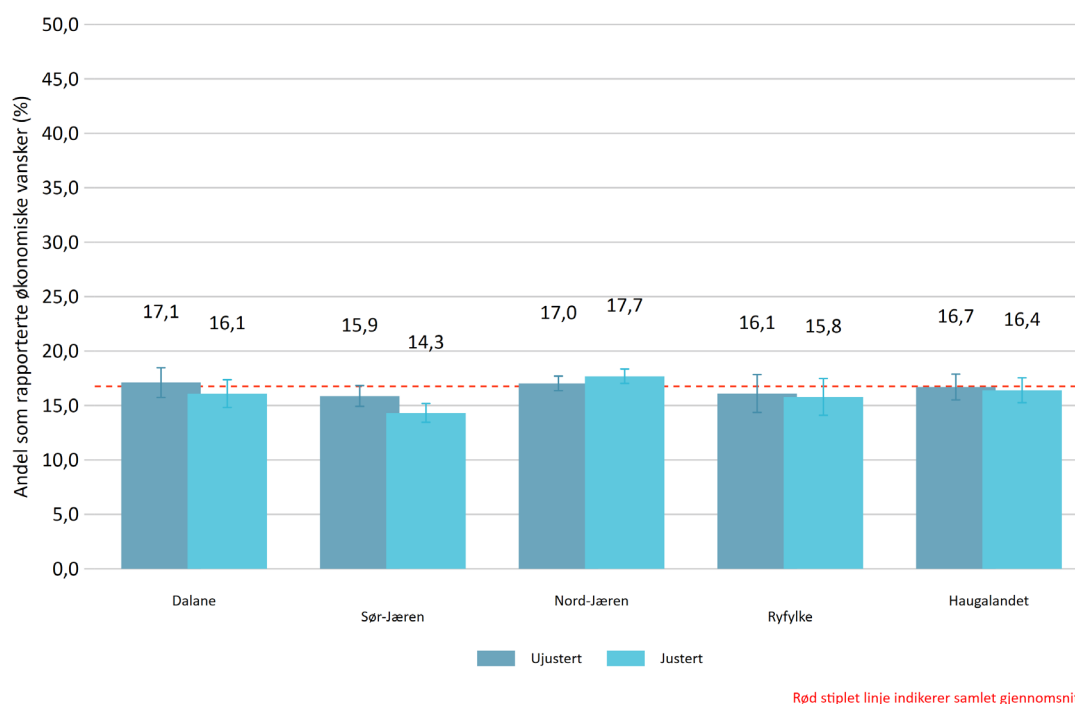


Figuren viser antall timer stillesitting i hverdagen fordelt på kjønn og alder i Rogaland. Menn og kvinner i den yngste aldersgruppen har henholdsvis 1 time og 13 minutter og 1 time og 41 minutter mer stillesitting i hverdagen enn menn og kvinner i den eldste aldersgruppen. For kvinner er det mer stillesitting i aldersgruppen 18-29 år sammenlignet med de andre aldersgruppene. For menn er det en jevn beskjeden nedgangen i stillesitting med økende alder, hvor aldersgruppene 50-59 år, 60-69 år og 70+ år alle rapporterer signifikant mindre stillesitting enn den yngste gruppen. Stort sett rapporterer menn mer stillesitting enn kvinner, med statistisk sikre forskjeller i alle aldersgrupper utenom gruppene 18-29 år og 50-59 år.

3.27 Andel som rapporterte økonomiske vansker

Totalt 33 474 deltakere av 35 191 (95,1 %) hadde gyldig besvarelse på Andel som rapporterte økonomiske vansker. Andelen for hele utvalget var **16,75 %** (KI95%: 16,28-17,23). Andelen for kvinner var 17,81 % (n=17 699; KI95% 17,14-18,49) og andelen var 15,56 % (n=15 775; KI95% 14,89-16,24) for menn.

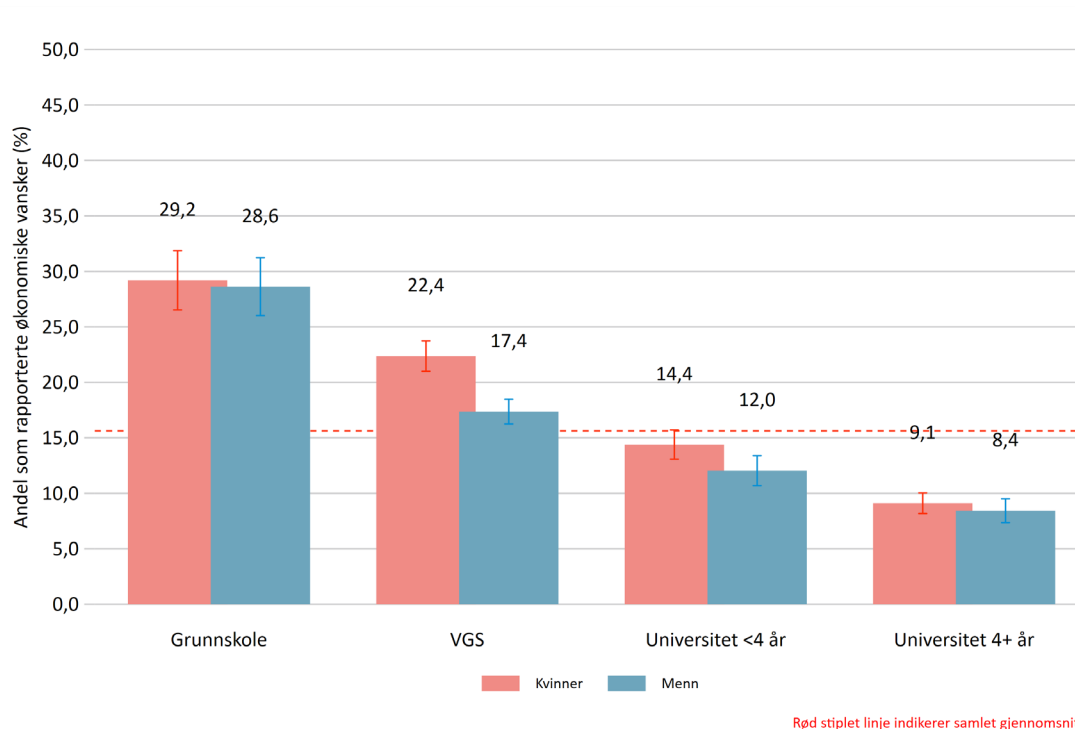
Figur 71: Andel som rapporterte økonomiske vansker på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige, på tvers av regioner i Rogaland. Omtrent 16,7 % rapporterte at de synes det er vanskelig å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige på tvers av regionene. Andelen var litt høyere for kvinner (17,7 %) enn for menn (15,5 %). Forskjellene på tvers av regioner er minimale, der forskjellen mellom høyeste (Dalane) og laveste (Sør-Jæren) er på omtrent 1 prosentpoeng (ujusterte tall). Forskjellene mellom justerte og ujusterte tall er minimale.

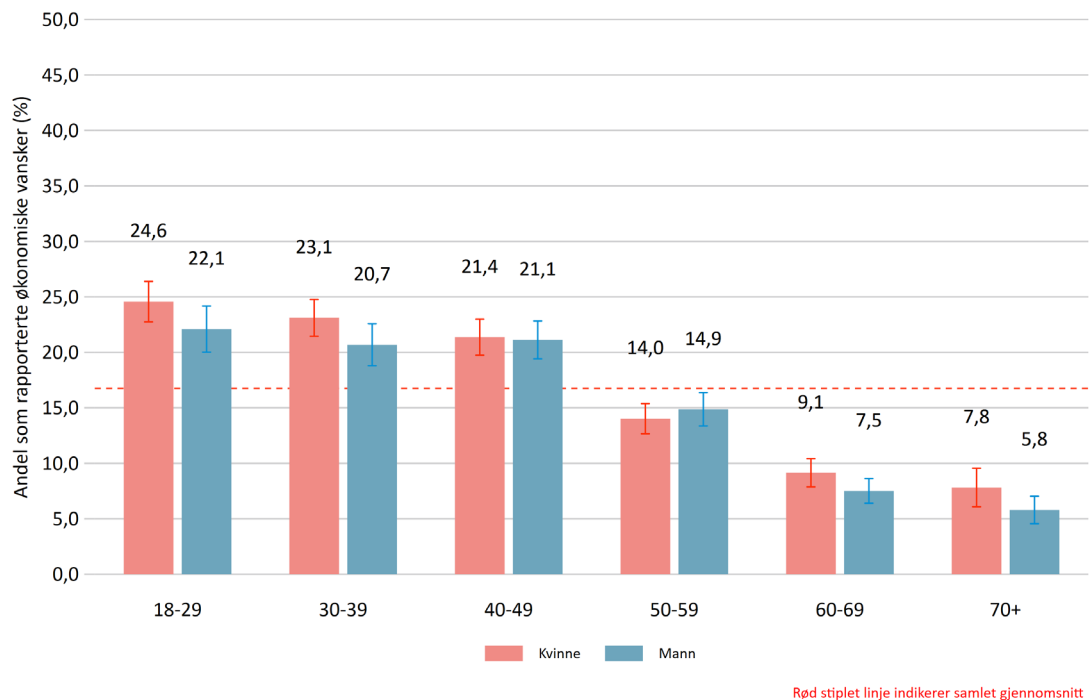
Fullstendig fordeling på kategorier: Svært vanskelig – 2,8 %; Vanskelig – 4,1 %; Forholdsvis vanskelig – 9,8 %; Forholdsvis lett – 25,9 %; Lett – 26,8 %; Svært lett – 30,5 %.

Figur 72: Andel som rapporterte økonomiske vansker fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige etter kjønn og utdanning. Andelen faller nesten lineært med utdanning, med lavere andel som svarer at de synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til med høyere utdanning. I gruppen med videregående som høyeste utdanning er det en betydelig større andel kvinner enn menn som svarer at de synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige.

Figur 73: Andel som rapporterte økonomiske vansker fordelt på kjønn og alder, Rogaland

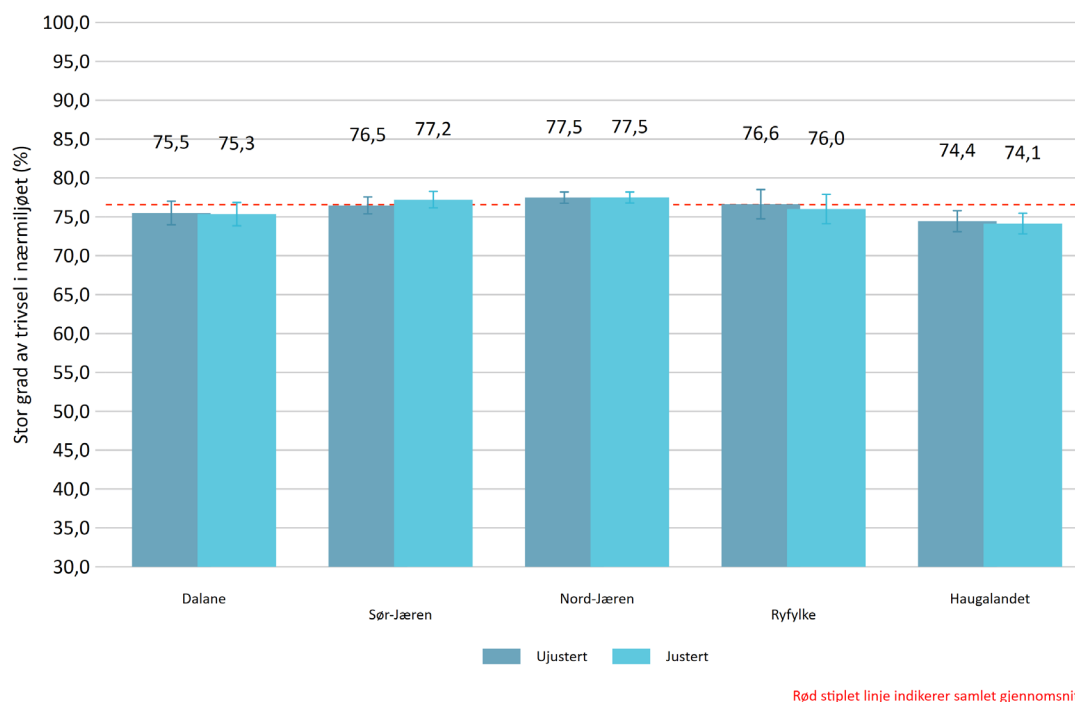


Figuren viser andelen som synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige etter kjønn og alder. Både blant kvinner og menn er andelen stabil over de tre yngste aldersgruppene, med en jevn nedgang med økende alder fra 50-59 år. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller på tvers av aldersgruppene.

3.28 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Totalt 35 135 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen for hele utvalget var **76,57 %** (KI95%: 76,04-77,10). Andelen for kvinner var 77,21 % (n=18 695; KI95% 76,50-77,92) og andelen var 75,84 % (n=16 440; KI95% 75,06-76,62) for menn.

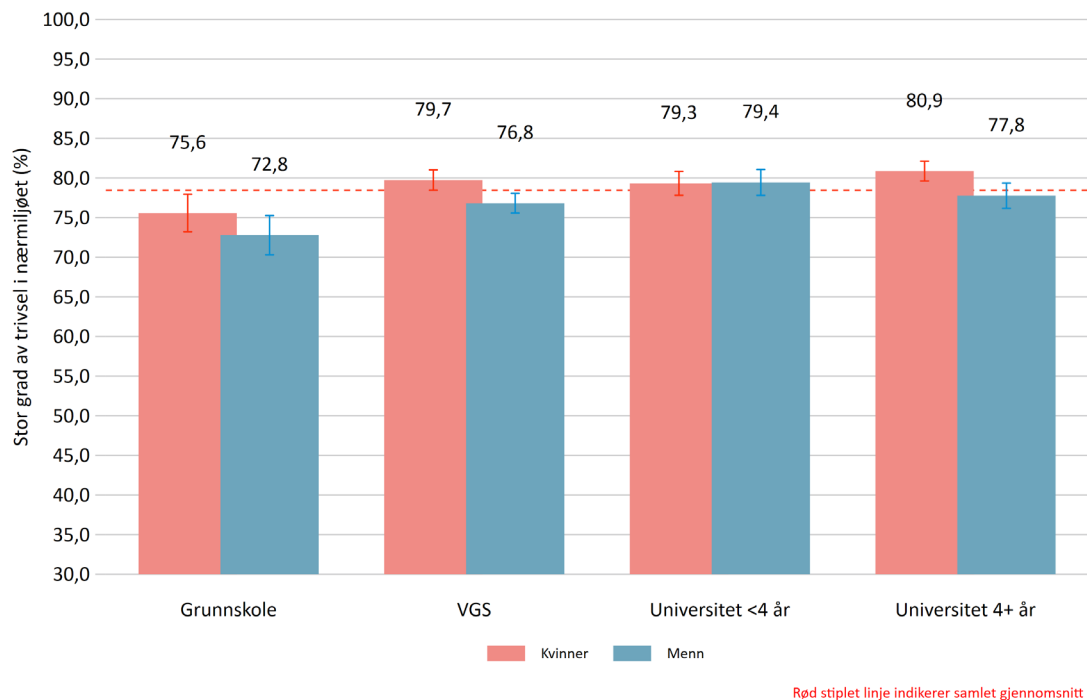
Figur 74: Stor grad av trivsel i nærmiljøet på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som oppgav stor grad av trivsel, samlet og på tvers av regioner i Rogaland. Det er liten variasjon på tvers av regionene, med en forskjell på 3 prosentpoeng mellom regionen med høyest (Nord-Jæren) og lavest (Haugalandet) andel (ujusterte tall). Haugalandet ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale.

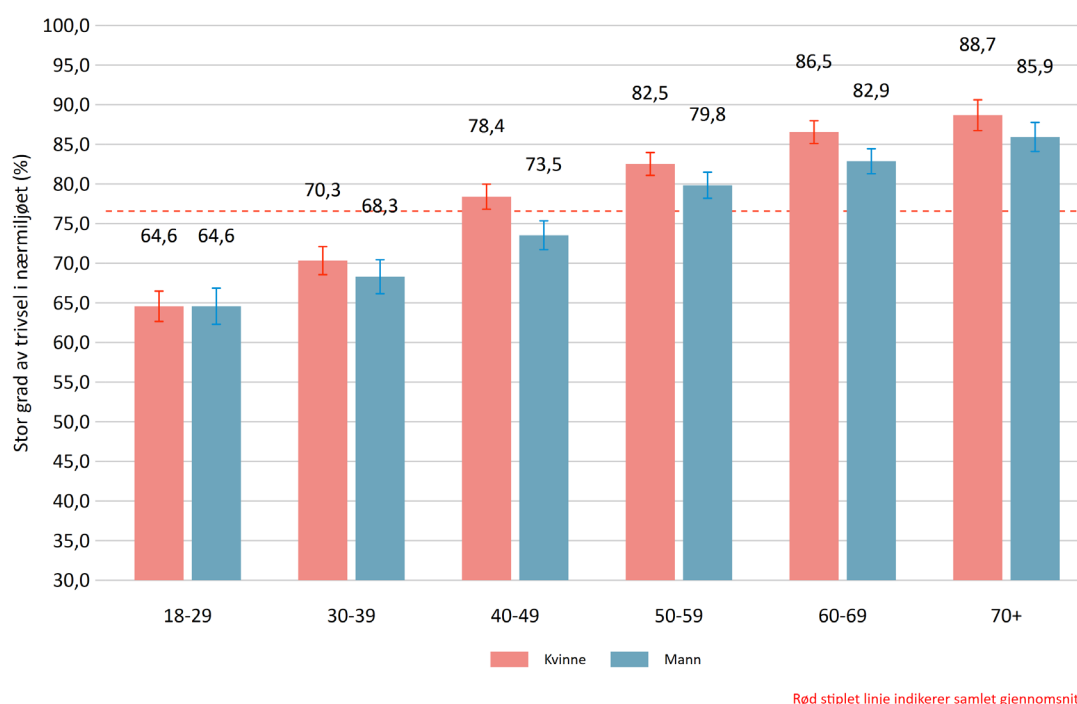
Fullstendig fordeling på kategorier: I stor grad – 76,6 %; I noen grad – 20,9 %; I liten grad – 2,2 %; Ikke i det hele tatt – 0,4 %.

Figur 75: Stor grad av trivsel i nærmiljøet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som oppgav stor grad av trivsel i nærmiljøet etter utdanning og kjønn. For både kvinner og menn er andelen som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet signifikant lavere i gruppen med grunnskole som høyeste utdanning sammenlignet med de andre gruppene. Unntaket er forskjellen mellom gruppen med grunnskole som høyeste utdanning og gruppen med <4 år høyskole- eller universitetsutdanning, som kun var grensesignifikant for kvinner. En noe høyere andel kvinner enn menn rapporterer stor grad av trivsel, hvor kjønnsforskjellene er på grensen til statistisk sikre i gruppen med videregående som høyeste utdanning og gruppen med 4+ år høyskole- eller universitetsutdanning.

Figur 76: Stor grad av trivsel i nærmiljøet fordelt på kjønn og alder, Rogaland

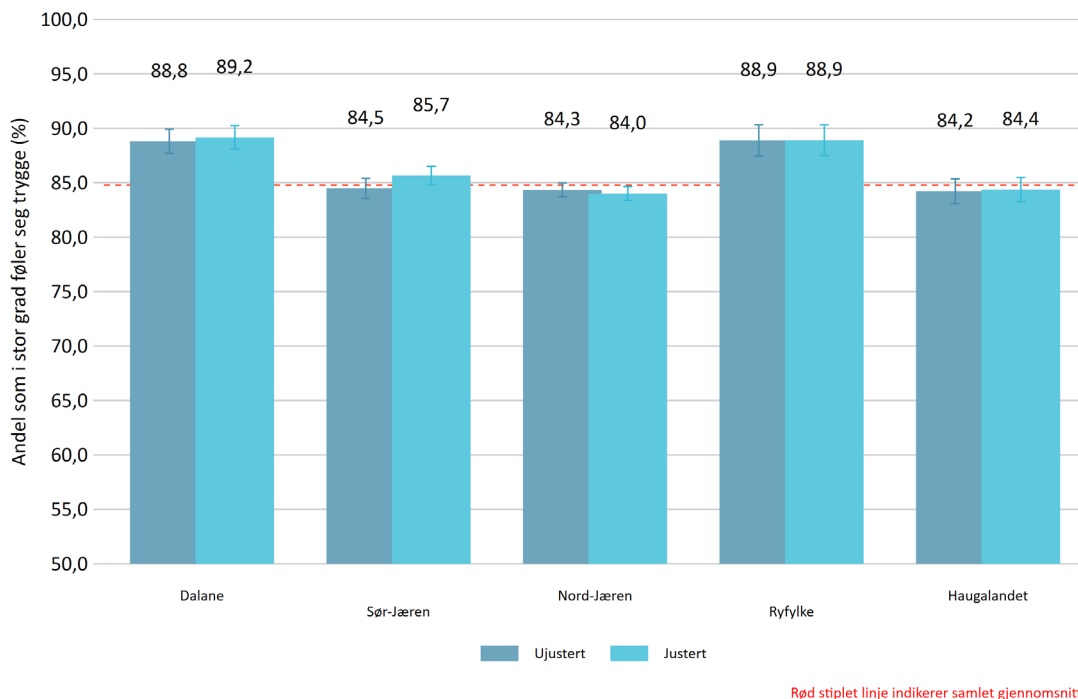


Figuren viser andelen som oppgav stor grad av trivsel i nærmiljøet etter alder og kjønn i fylket. Andelen som rapporterer stor grad av trivsel øker jevnt for både menn og kvinner med økende alder. Stigningen flater ut i de to eldste aldersgruppene blant kvinner og i de tre eldste aldersgruppene blant menn. Forskjellen mellom de yngste og de eldste er over 20 prosentpoeng hos begge kjønn. I aldersgruppene 40-49 år og 60-69 år er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der en større andel kvinner enn menn rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet.

3.29 Andel som i stor grad føler seg trygge

Totalt 35 137 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Andel som i stor grad føler seg trygge. Andelen for hele utvalget var **84,78 %** (KI95%: 84,32-85,23). Andelen for kvinner var 83,31 % (n=18 696; KI95% 82,66-83,95) og andelen var 86,46 % (n=16 441; KI95% 85,83-87,09) for menn.

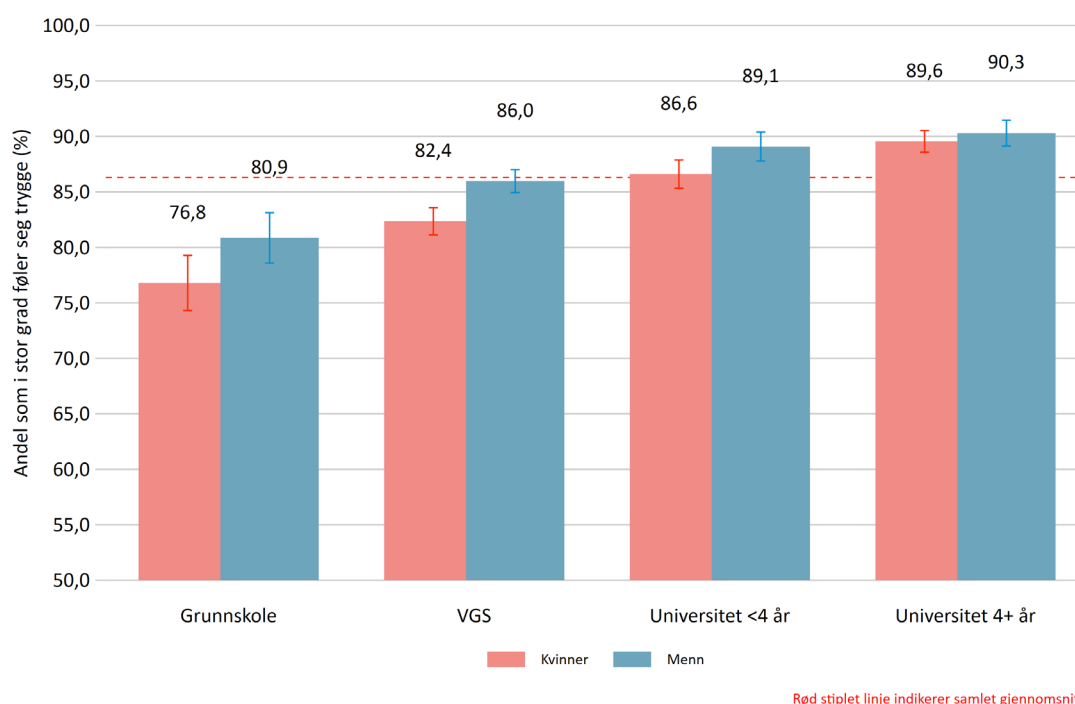
Figur 77: Andel som i stor grad føler seg trygge på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet sitt etter region i Rogaland. Det er lite variasjon på tvers av regionene (ujusterte tall). Forskjellen mellom høyeste (Ryfylke) og laveste (Haugalandet) er under 5 prosentpoeng. Andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet er betydelig høyere i Dalane og Ryfylke sammenlignet med fylkesgjennomsnittet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

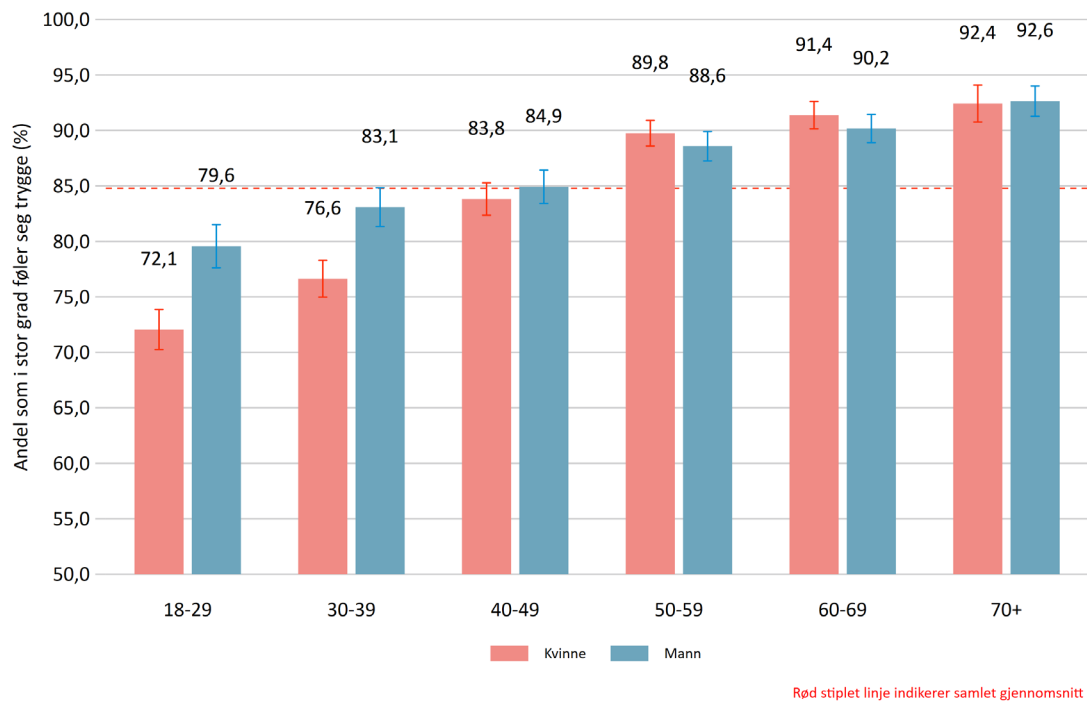
Fullstendig fordeling på kategorier: I stor grad – 84,8 %; I noen grad – 14,1 %; I liten grad – 1,0 %; Ikke i det hele tatt – 0,2 %.

Figur 78: Andel som i stor grad føler seg trygge fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet sitt etter utdanning og kjønn i fylket. Blant både kvinner og menn ser man at andelen som rapporterer at de i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet øker med utdanningsnivå, med statistisk sikre forskjeller mellom utdanningsgruppene. Unntaket er forskjellen mellom de to gruppene med høyest utdanning blant menn. Hos kvinner er andelen omtrent 13 prosentpoeng høyere hos de med 4+ år høyskole- eller universitetsutdanning sammenlignet med dem med grunnskole som høyeste utdanning. For menn er andelen omtrent 9 prosentpoeng høyere. Blant dem med videregående som høyeste utdanning er det en statistisk sikker kjønnsforskjell, hvor en større andel menn rapporterer at de i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet. I de andre utdanningsgruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

Figur 79: Andel som i stor grad føler seg trygge fordelt på kjønn og alder, Rogaland

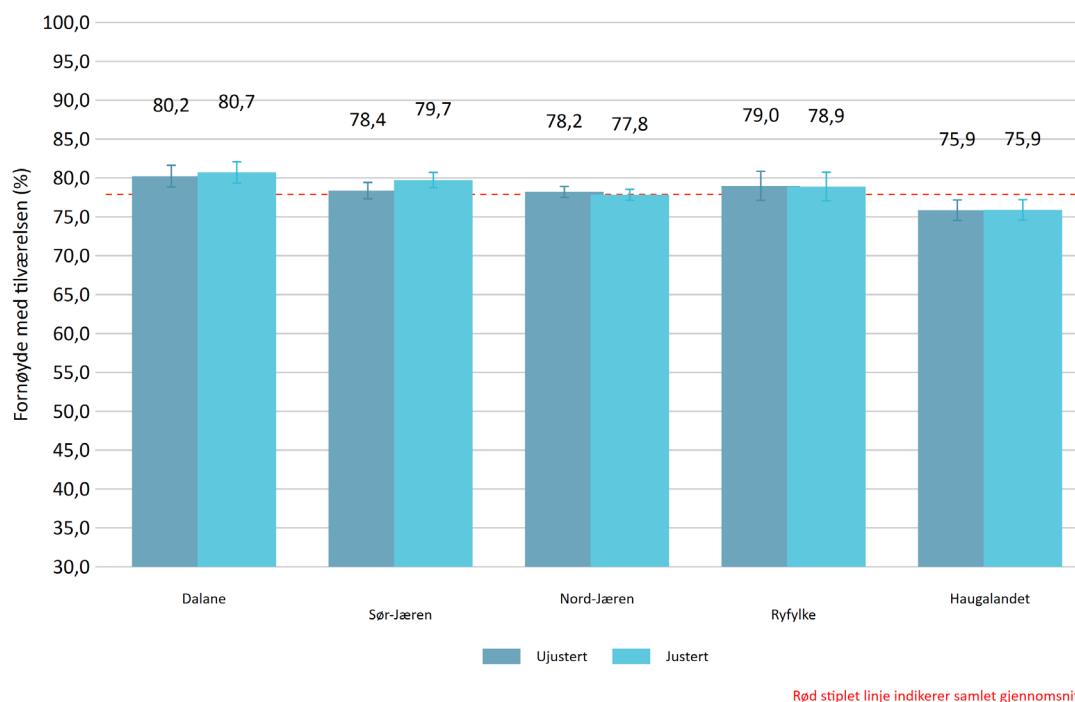


Figuren viser andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet sitt etter alder og kjønn i fylket. For kvinner og menn ser vi at andelen øker jevnt med økende alder. De eneste statistisk sikre kjønnsforskjellene vi observerer er i de yngste aldersgruppene, der andelen som i stor grad føler seg trygge er lavere blant kvinner enn blant menn.

3.30 Fornøyde med tilværelsen

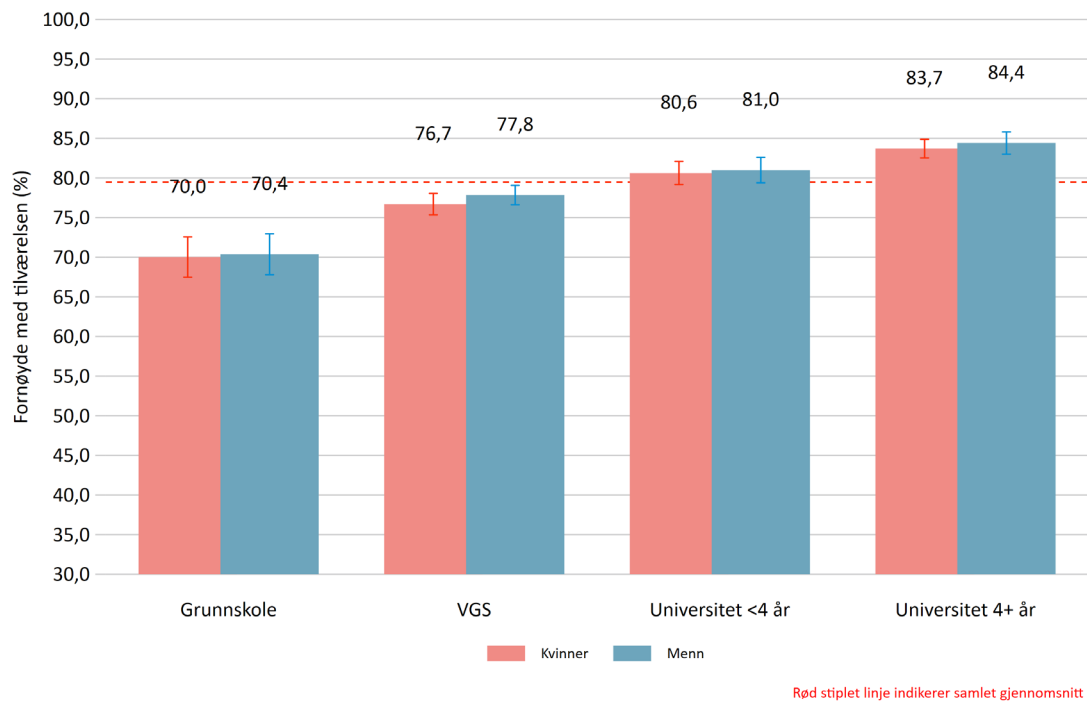
Totalt 35 129 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Fornøyde med tilværelsen. Andelen for hele utvalget var **77,88 %** (KI95%: 77,36-78,40). Andelen for kvinner var 77,41 % (n=18 692; KI95% 76,70-78,13) og andelen var 78,41 % (n=16 437; KI95% 77,66-79,16) for menn.

Figur 80: Fornøyde med tilværelsen på tvers av regioner i Rogaland



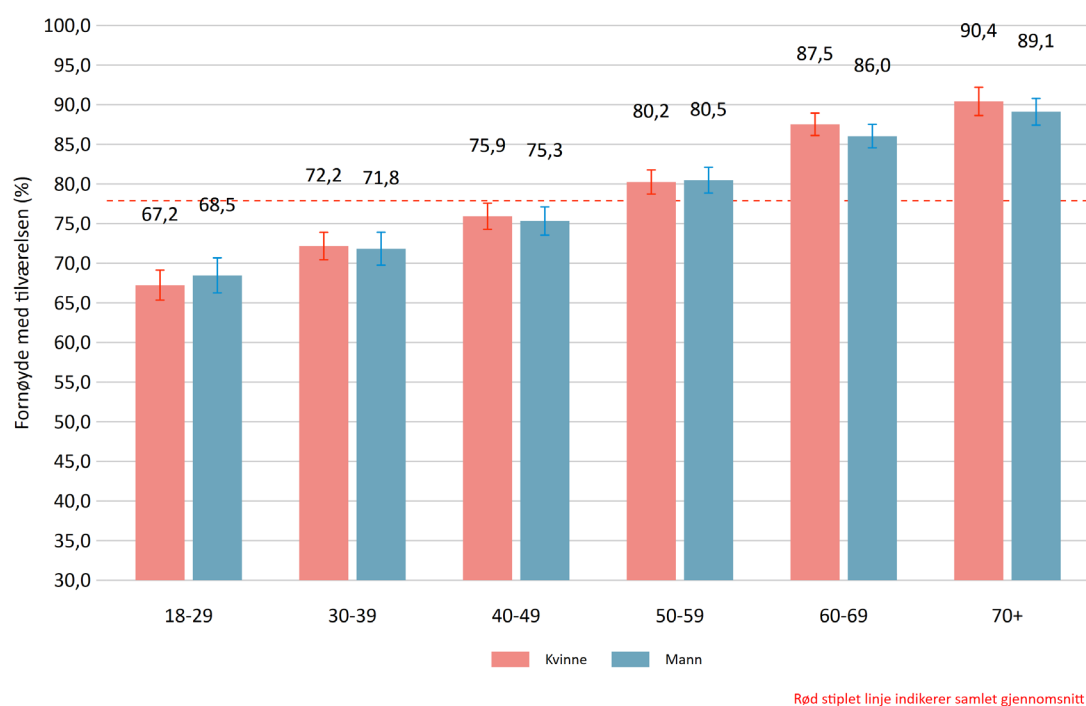
Figuren viser andelen som svarte at de er svært fornøyde eller ganske fornøyde med tilværelsen etter region i fylket. Det er lite variasjon på tvers av regionene, med en forskjell mellom høyeste (Dalane) og laveste andel (Haugalandet) på omtrent 4 prosentpoeng (ujusterte tall). Dalane og Sør-Jæren ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Haugalandet ligger under gjennomsnittet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

Fullstendig fordeling på kategorier: Svært fornøyd – 25,5 %; Ganske fornøyd – 52,4 %; Både/og – 18,0 %; Nokså misfornøyd – 3,2 %; Svært misfornøyd – 1,0 %.

Figur 81: Fornøyde med tilværelsen fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland

Figuren viser andelen som svarte at de er svært fornøyde eller ganske fornøyde med tilværelsen etter utdanning og kjønn i Rogaland. Andelen fornøyde stiger med økende utdanningen hos både menn og kvinner. Forskjellen mellom de med lengst og de med kortest utdanning er på omtrent 14 prosentpoeng hos begge kjønn. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

Figur 82: Fornøyde med tilværelsen fordelt på kjønn og alder, Rogaland

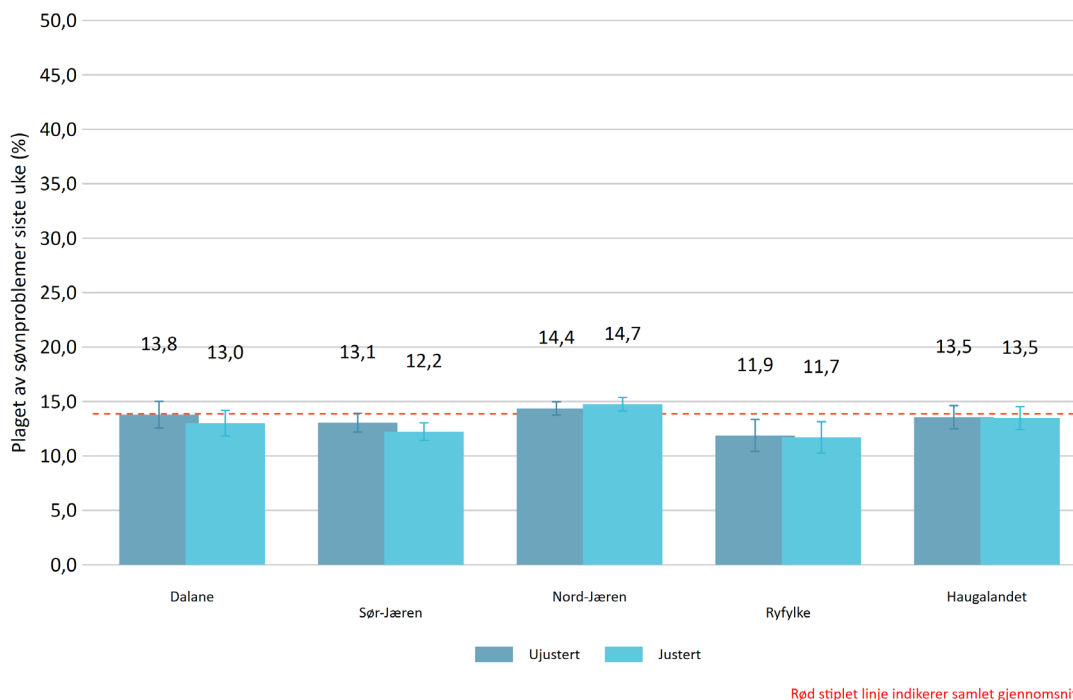


Figuren viser andelen som svarte at de er svært fornøyde eller ganske fornøyde med tilværelsen etter alder og kjønn i Rogaland. Andelen fornøyde stiger jevnt med økende alder. Forskjellen mellom den eldste og yngste gruppen er omtrent 23 prosentpoeng blant kvinner og 21 prosentpoeng blant menn. Kjønnforskjellene innad i aldersgruppene er minimale.

3.31 Plaget av søvnproblemer siste uke

Totalt 35 114 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Plaget av søvnproblemer siste uke. Andelen for hele utvalget var **13,86 %** (KI95%: 13,42-14,29). Andelen for kvinner var 15,56 % (n=18 676; KI95% 14,93-16,18) og andelen var 11,92 % (n=16 438; KI95% 11,32-12,51) for menn.

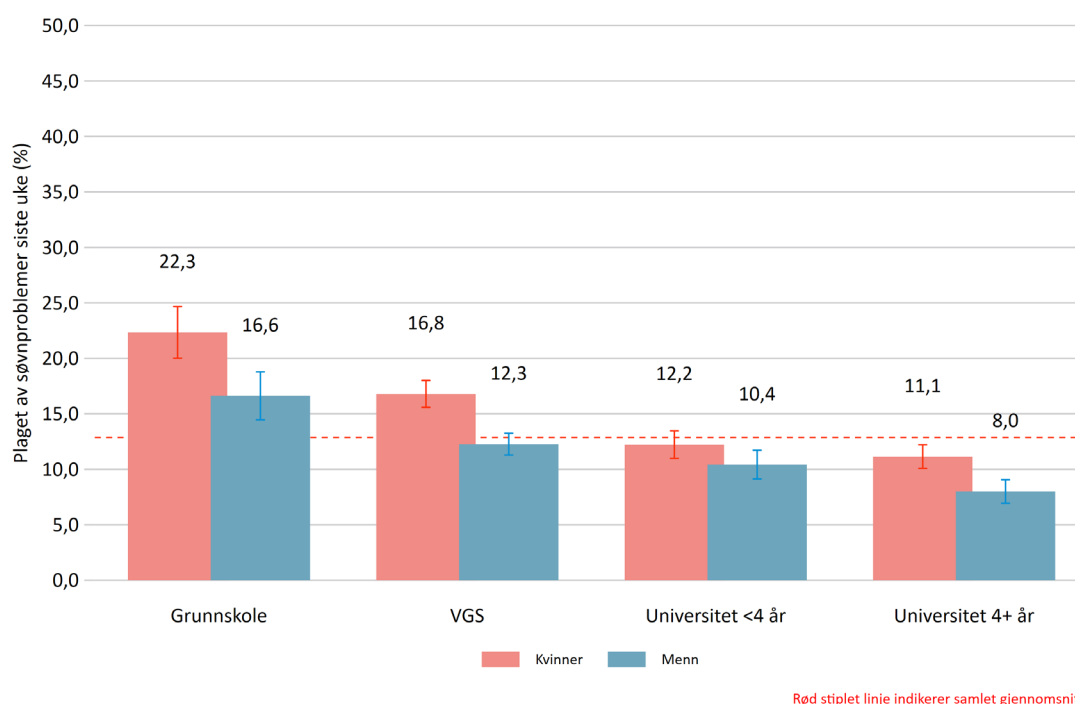
Figur 83: Plaget av søvnproblemer siste uke på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterte at de var «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av søvnproblemer siste uke etter region i fylket. Variasjonen på tvers av regionene er små. Unntaket er Ryfylke, som ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet, og Sør-Jæren, som ligger grensesignifikant under samlet gjennomsnitt (ujusterte tall). Det er ingen betydelig forskjell mellom ujusterte og justerte verdier.

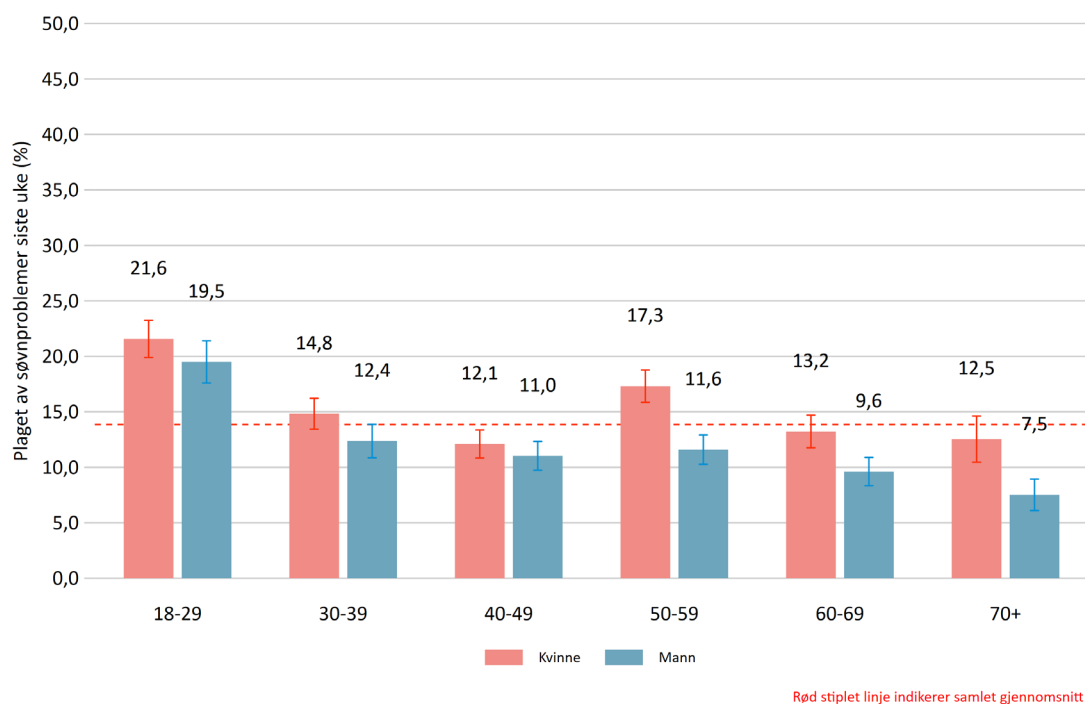
Fullstendig fordeling på kategorier: Ikke plaget – 50,6 %; Litt plaget – 35,5 %; Ganske mye plaget – 10,2 %; Veldig mye plaget – 3,7 %.

Figur 84: Plaget av søvnproblemer siste uke fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som svarte at de hadde vært ganske mye eller veldig mye plaget av søvnproblemer den siste uken etter utdanning og kjønn i Rogaland. Andelen som rapporterte at de har vært plaget synker med økende utdanning og er omtrent dobbelt så stor blant de med grunnskoleutdanning sammenlignet med de med 4+ år med høyskole- eller universitetsutdanning. Andelen som plages med søvnproblemer er signifikant høyere blant kvinner enn blant menn i alle utdanningsgruppene unntatt gruppen med <4 år høyskole- eller universitetsutdanning.

Figur 85: Plaget av søvnproblemer siste uke fordelt på kjønn og alder, Rogaland

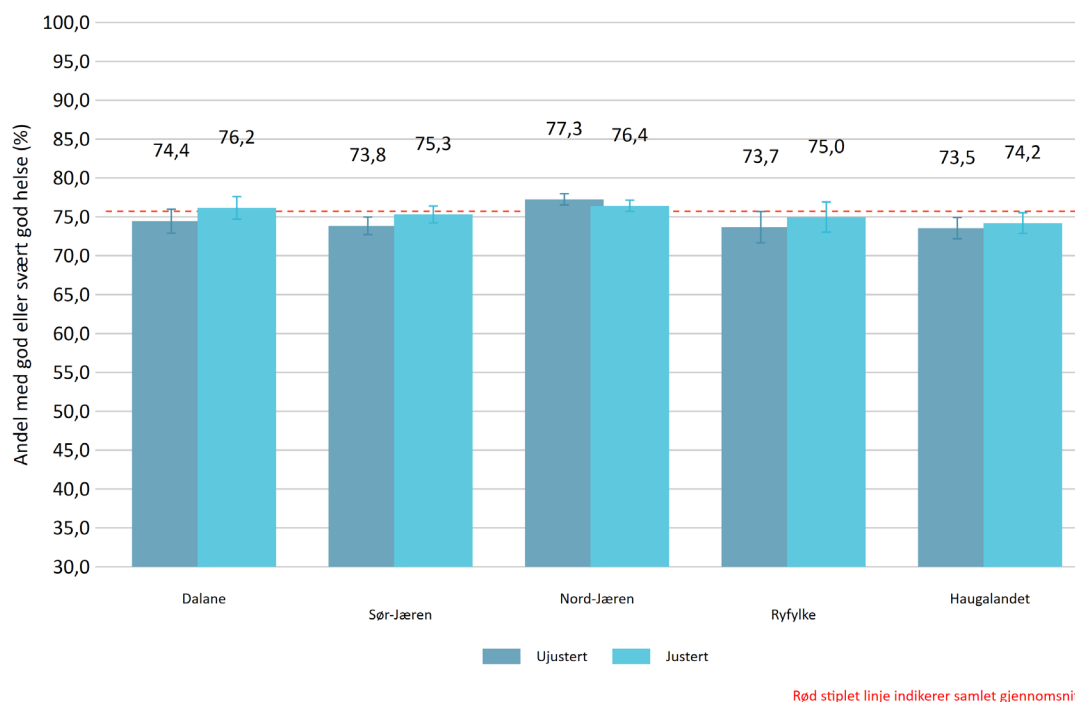


Figuren viser andelen som svarte at de hadde vært ganske mye eller veldig mye plaget av søvnproblemer den siste uken etter alder og kjønn. Andelen plagede er høyst hos de yngste (18-29 år) både blant kvinner og menn og synker noe uregelmessig med alder for begge kjønn. Andelen med søvnproblemer er signifikant høyere blant kvinner enn blant menn i de tre eldste aldersgruppene.

3.32 Andel med god eller svært god helse

Totalt 35 121 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Andel med god eller svært god helse. Andelen for hele utvalget var **75,70 %** (KI95%: 75,17-76,24). Andelen for kvinner var 76,11 % (n=18 686; KI95% 75,39-76,83) og andelen var 75,24 % (n=16 435; KI95% 74,46-76,02) for menn.

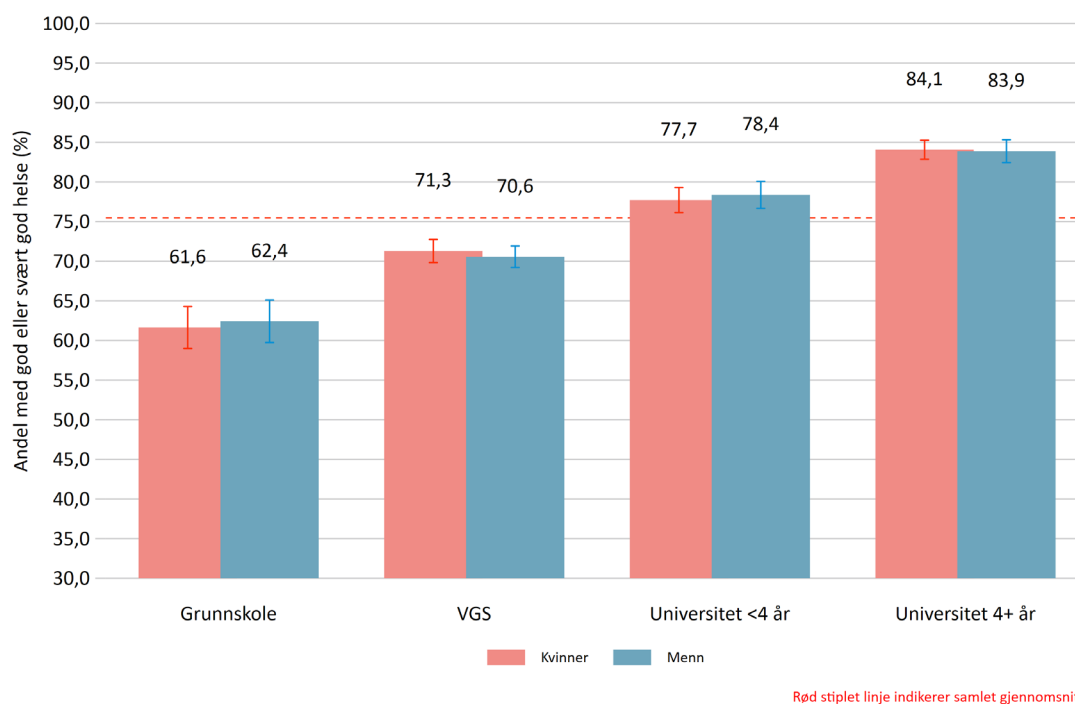
Figur 86: Andel med god eller svært god helse på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer god eller svært god helse på tvers av regioner i Rogaland. Det er lite variasjon på tvers av regionene. I Sør-Jæren og Haugalandet er tallene signifikant under fylkesgjennomsnittet, mens tallene for Nord-Jæren ligger signifikant over gjennomsnittet (ujusterte verdier). Ryfylke ligger grensesignifikant under gjennomsnittet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale.

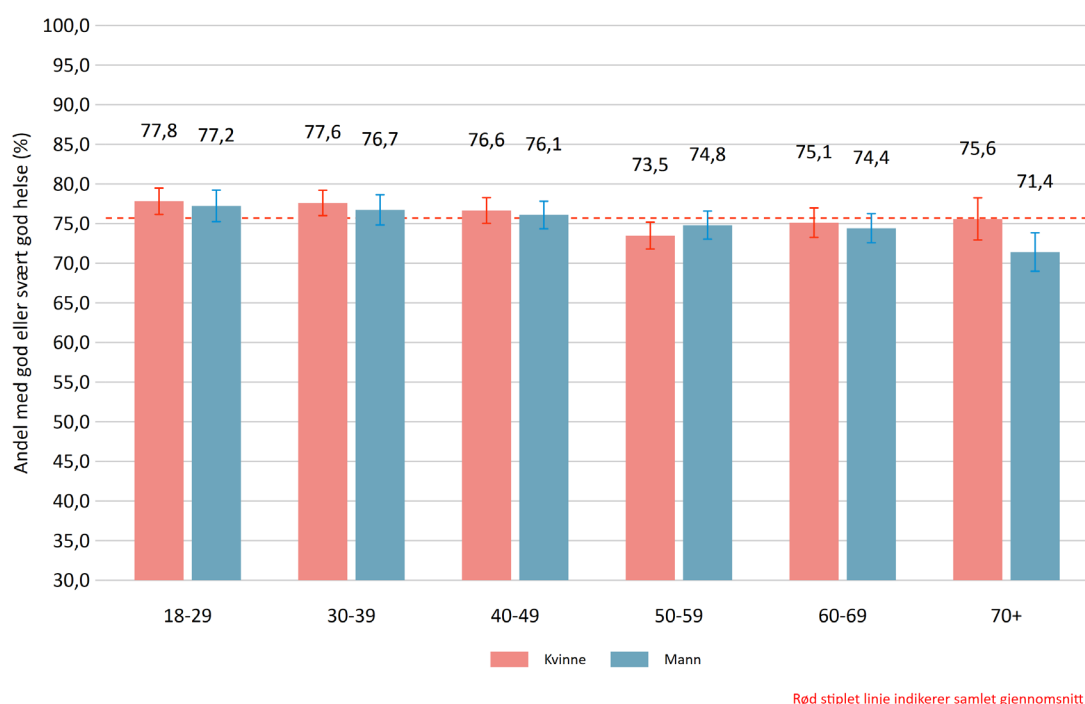
Fullstendig fordeling på kategorier: Svært god – 23,0; God – 52,7; Verken god eller dårlig – 17,5; Dårlig – 6,1; Svært dårlig – 0,7.

Figur 87: Andel med god eller svært god helse fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som svarte at de har god eller svært god helse fordelt på utdanning og kjønn i Rogaland. Andelen som svarte at de har god helse stiger med økende utdanning hos både menn og kvinner. Forskjellen mellom de med lengst og de med kortest utdanning er på omtrent 22 prosentpoeng blant både kvinner og menn. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller på tvers av utdanningsgruppene.

Figur 88: Andel med god eller svært god helse fordelt på kjønn og alder, Rogaland

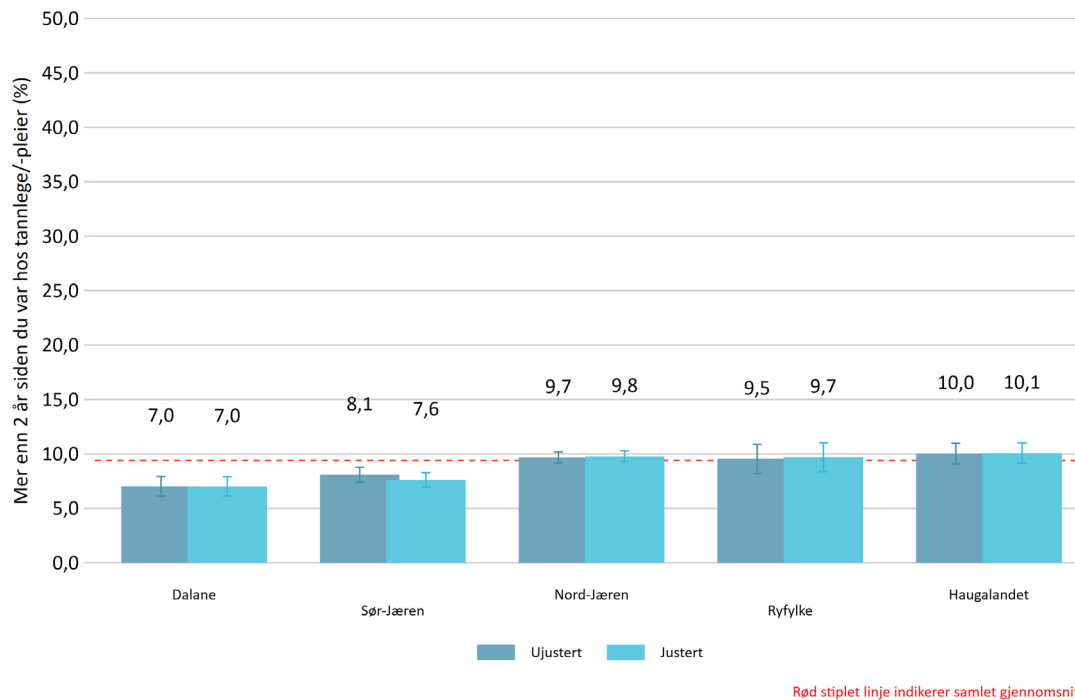


Figuren viser andelen som svarer at de har god eller svært god helse fordelt på alder og kjønn i Rogaland. For både kvinner og menn er det mulig å se antydninger til en svak nedgang i andelen som svarte at de har god eller svært god helse med økende alder. Blant kvinner er det imidlertid kun aldersgruppen 50-59 år som har signifikant lavere andel som svarer at de har god eller svært god helse enn de yngre aldersgruppene, og blant menn er det kun aldersgruppen 70+ år som har signifikant lavere andel enn de yngre aldersgruppene. Det er rimelig å forvente at helsen vil bli noe dårligere med økende alder. Et slikt mønster ser vi bare i noen grad fra disse resultatene, og kan ha sammenheng med at deltakerne mer eller mindre automatisk vurderer sin helse i lys av sin alder – at de helst sammenligner seg med de som er jevngamle. Kjønnforskjellene innen aldersgrupper er ikke statistisk sikre.

3.33 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier

Totalt 35 105 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier. Andelen for hele utvalget var **9,40 %** (KI95%: 9,03-9,77). Andelen for kvinner var 7,67 % (n=18 680; KI95% 7,20-8,13) og andelen var 11,38 % (n=16 425; KI95% 10,80-11,97) for menn.

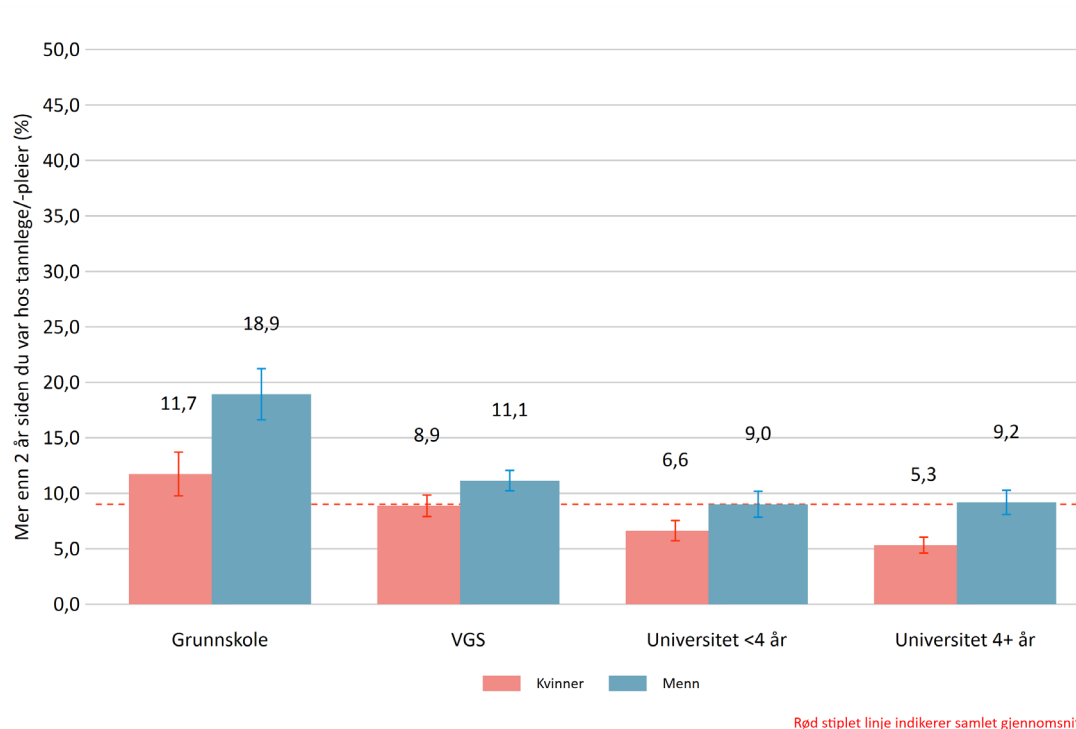
Figur 89: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene etter region i Rogaland. Dalane og Sør-Jæren ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall). Det er ingen vesentlige forskjeller mellom ujusterte og justerte verdier.

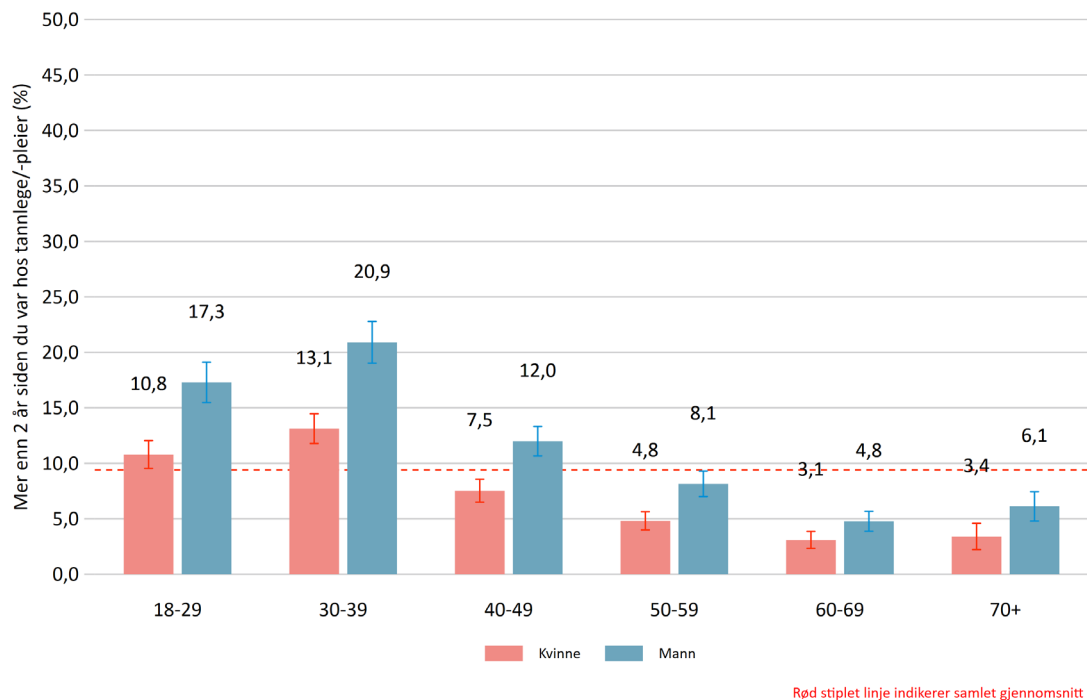
Fullstendig fordeling på kategorier: 0-2 år siden – 90,6 %; 3-5 år siden – 6,0 %; Mer enn 5 år siden – 3,4 %.

Figur 90: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene etter utdanning og kjønn. For begge kjønn ser det ut til at andelen som ikke har vært til tannlege i løpet av de siste to årene synker med økende utdanningsnivå, hvor den største nedgangen er fra gruppen med kortest utdanning til gruppen med videregående som høyeste utdanning. Forskjellen mellom de med høyest og de med lavest utdanning er på omtrent 6 prosentpoeng blant kvinner og 10 prosentpoeng blant menn.

Figur 91: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier fordelt på kjønn og alder, Rogaland

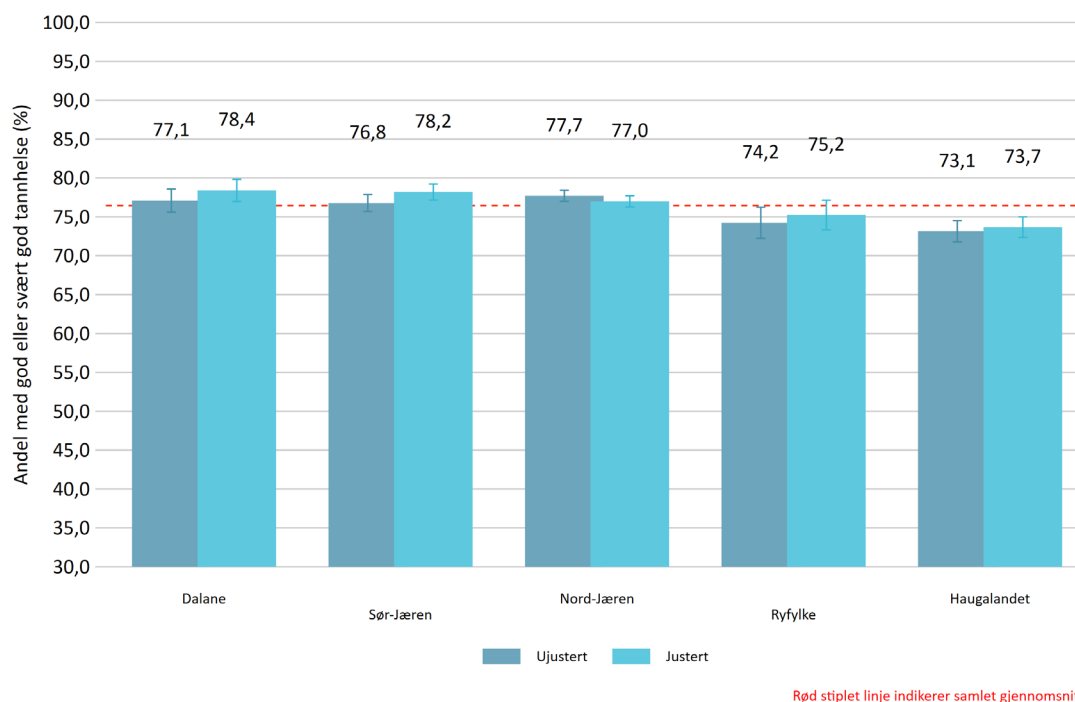


Figuren viser andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene etter alder og kjønn. Andelen er høyest i gruppen 30-39 år, og synker så med alderen frem til aldersgruppen 60-69 år. Andelen som ikke har vært hos tannlegen i løpet av de siste to årene er opp mot tre ganger så høy blant de yngste (kvinner: 10,8 %, menn: 17,3 %) sammenlignet med de eldste (kvinner: 3,4 %, menn: 6,1 %). I alle aldersgruppene er det en statistisk signifikant høyere andel menn enn kvinner som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene.

3.34 Andel med god eller svært god tannhelse

Totalt 35 116 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Andel med god eller svært god tannhelse. Andelen for hele utvalget var **76,42 %** (KI95%: 75,89-76,95). Andelen for kvinner var 79,58 % (n=18 690; KI95% 78,90-80,27) og andelen var 72,81 % (n=16 426; KI95% 72,00-73,62) for menn.

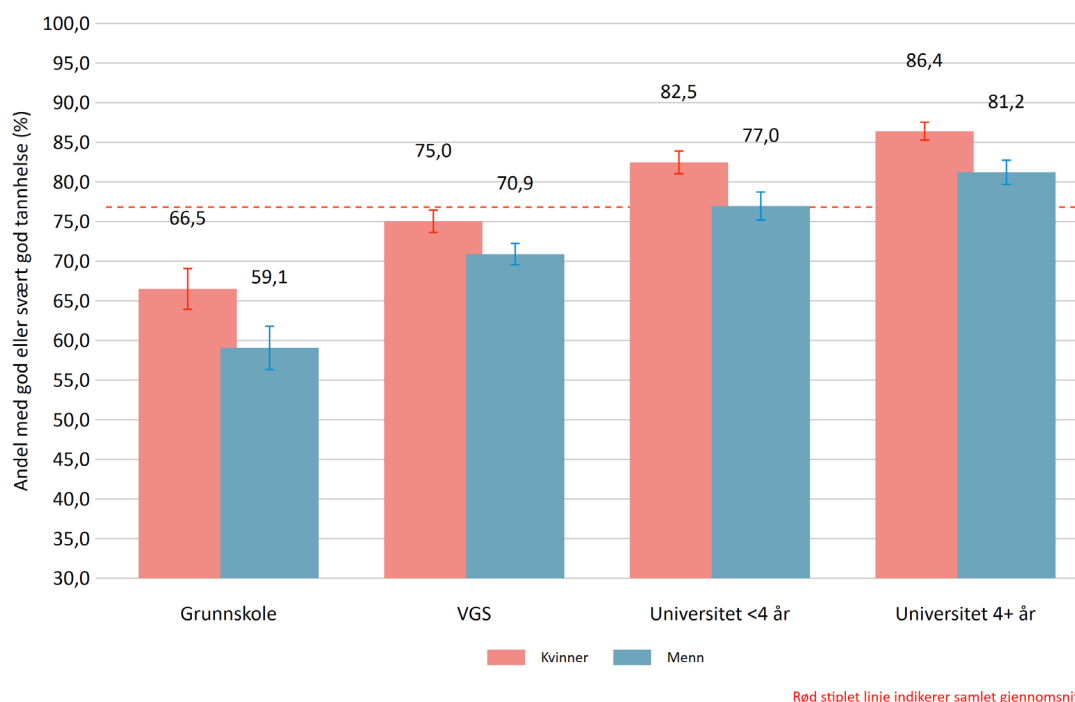
Figur 92: Andel med god eller svært god tannhelse på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som oppgir å ha god eller svært god tannhelse på tvers av regioner i Rogaland. Ryfylke og Haugalandet ligger noe under fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall), men forskjellen på tvers av regionene er liten. Nord-Jæren ligger noe over fylkesgjennomsnittet. Forskjellene mellom justerte og ujusterte tall er minimale.

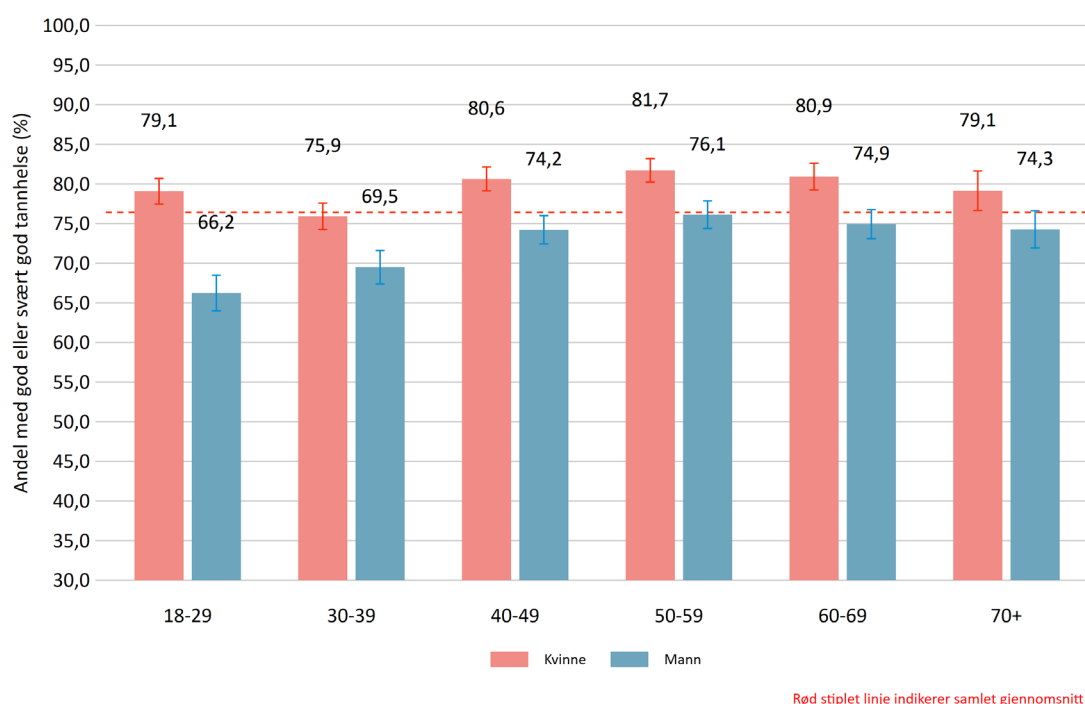
Fullstendig fordeling på kategorier: Svært god – 24,3 %; God – 52,1 %; Verken god eller dårlig – 16,4 %; Dårlig – 5,9 %; Svært dårlig – 1,3 %.

Figur 93: Andel med god eller svært god tannhelse fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andel med god eller svært god tannhelse fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For begge kjønn øker andelen som rapporterer god eller svært god tannhelse med økende utdanningsnivå og forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsnivå er omtrent 20 prosentpoeng for kvinner og 23 prosentpoeng for menn. Det er signifikante kjønnsforskjeller på tvers av alle utdanningsnivå der flere kvinner enn menn rapporterer god eller svært god tannhelse.

Figur 94: Andel med god eller svært god tannhelse fordelt på kjønn og alder, Rogaland

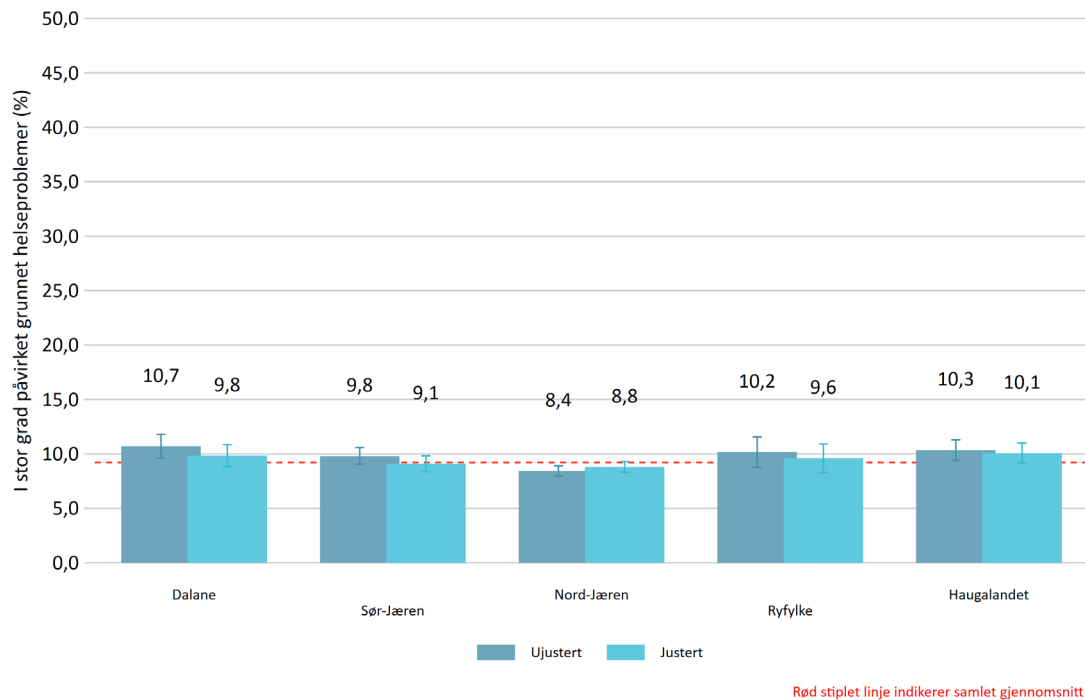


Figuren viser andelen som rapporterer god eller svært god tannhelse fordelt på kjønn og alder. For begge kjønn er det noe variasjon på tvers av aldersgruppene. Blant kvinner er andelen jevn på tvers av alder, med unntak av lavere andel i aldersgruppen 30-39 år. Blant menn stiger andelen som rapporterer god eller svært god tannhelse med økende alder og flater ut fra 40-49 år. Det er signifikante forskjeller mellom kjønn på tvers av nesten alle aldersgrupper, der andelen som rapporterer god eller svært god tannhelse er høyere blant kvinner enn blant menn. Unntaket er den eldste gruppen, der kjønnsforskjellen er grensesignifikant.

3.35 I stor grad påvirket grunnet helseproblemer

Totalt 35 074 deltakere av 35 191 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på I stor grad påvirket grunnet helseproblemer. Andelen for hele utvalget var **9,20 %** (KI95%: 8,85-9,56). Andelen for kvinner var 10,60 % (n=18 666; KI95% 10,08-11,12) og andelen var 7,61 % (n=16 408; KI95% 7,13-8,09) for menn.

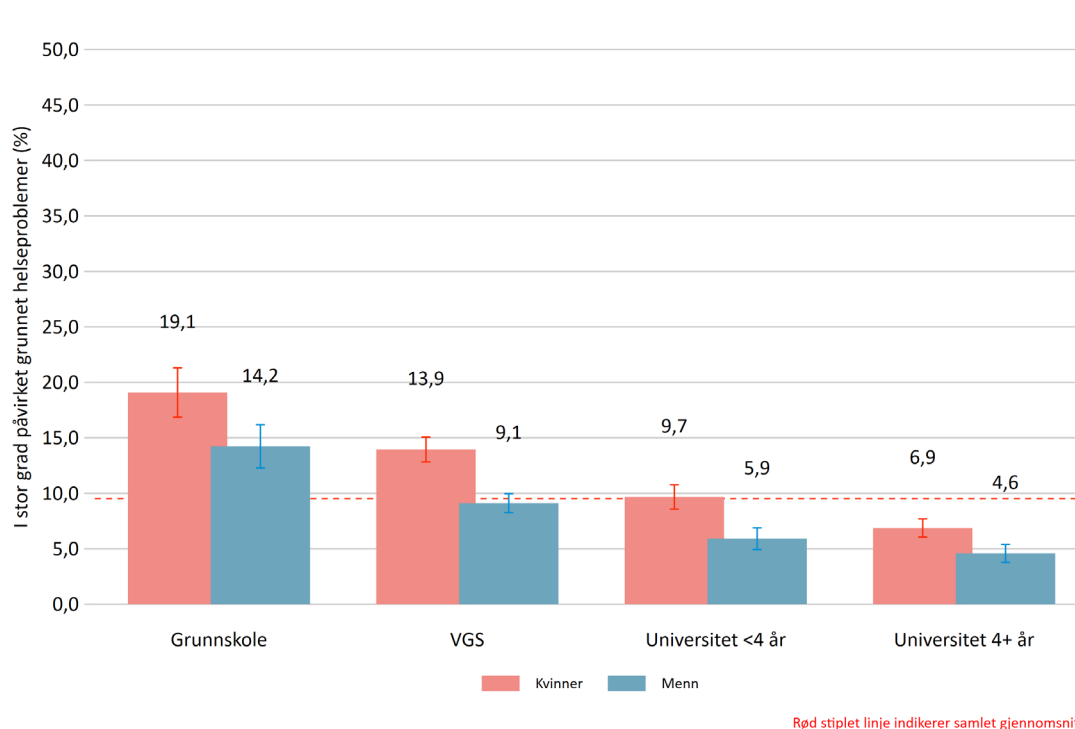
Figur 95: I stor grad påvirket grunnet helseproblemer på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som oppgir at hverdagen deres i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer på tvers av regioner i Rogaland. Andelen er signifikant høyere enn fylkesgjennomsnittet i Dalane og Haugalandet, mens Nord-Jæren ligger under gjennomsnittet (ujusterte tall). Forskjellen mellom justerte og ujusterte tall er ubetydelige.

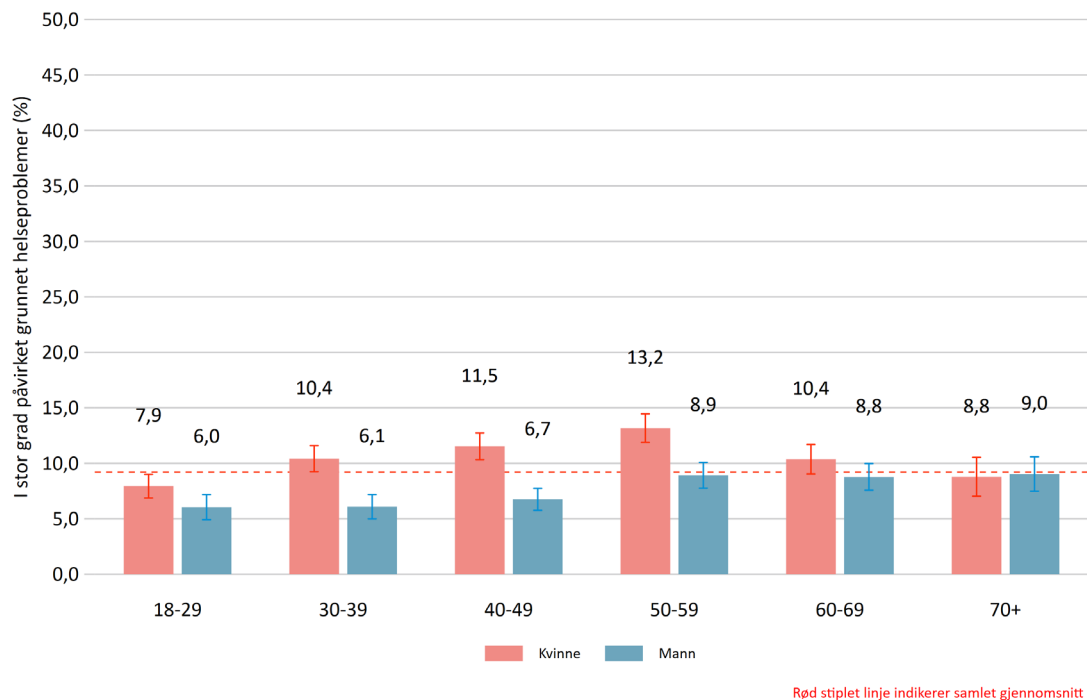
Fullstendig fordeling på kategorier: I stor grad – 9,2 %; I noen grad – 20,2 %; I liten grad – 11,4 %; Ikke i det hele tatt – 59,2 %.

Figur 96: I stor grad påvirket grunnet helseproblemer fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at hverdagen deres i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er det en lavere andel som rapporterer at de i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer med økende utdanningsnivå. Blant kvinner er det godt over dobbelt så mange som rapporterer at de er påvirket grunnet helseproblemer i gruppen med videregående som høyeste utdanning sammenlignet med de med 4+ høyskole- eller universitetsutdanning. For menn er det tre ganger så stor andel i gruppen med kortest utdanning sammenlignet med gruppen med lengst utdanning. Det er statistisk sikre forskjeller mellom kjønn på tvers av utdanningsnivå der flere kvinner enn menn rapporterer at de er påvirket grunnet helseproblemer.

Figur 97: I stor grad påvirket grunnet helseproblemer fordelt på kjønn og alder, Rogaland

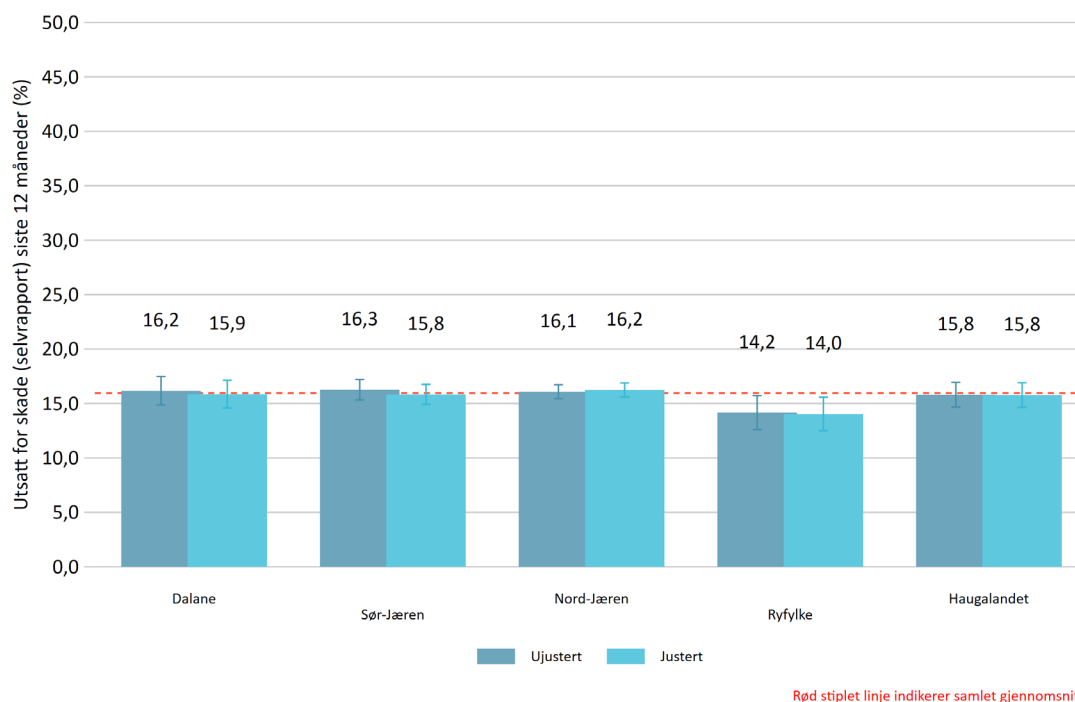


Figuren viser andelen som rapporterer at hverdagen deres i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn ser man en jevn øking i andelen som rapporterer at de i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer med økende alder frem til aldersgruppen 50-59 år. Etter dette synker andelen for kvinner og flater ut for menn. For både menn og kvinner er andelen som rapporterer at de er sterkt påvirket grunnet helseproblemer lavest i den yngste aldersgruppen. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 50-59 år og blant menn er andelen høyest i den eldste aldersgruppen. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i aldersgruppene 30-39 år, 40-49 år og 50-59 år, der andelen som rapporterer i stor grad å være påvirket grunnet helseproblemer er større blant kvinner enn blant menn.

3.36 Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder

Totalt 35 075 deltakere av 35 191 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder. Andelen for hele utvalget var **15,96 %** (KI95%: 15,50-16,41). Andelen for kvinner var 14,39 % (n=18 658; KI95% 13,79-14,99) og andelen var 17,74 % (n=16 417; KI95% 17,05-18,44) for menn.

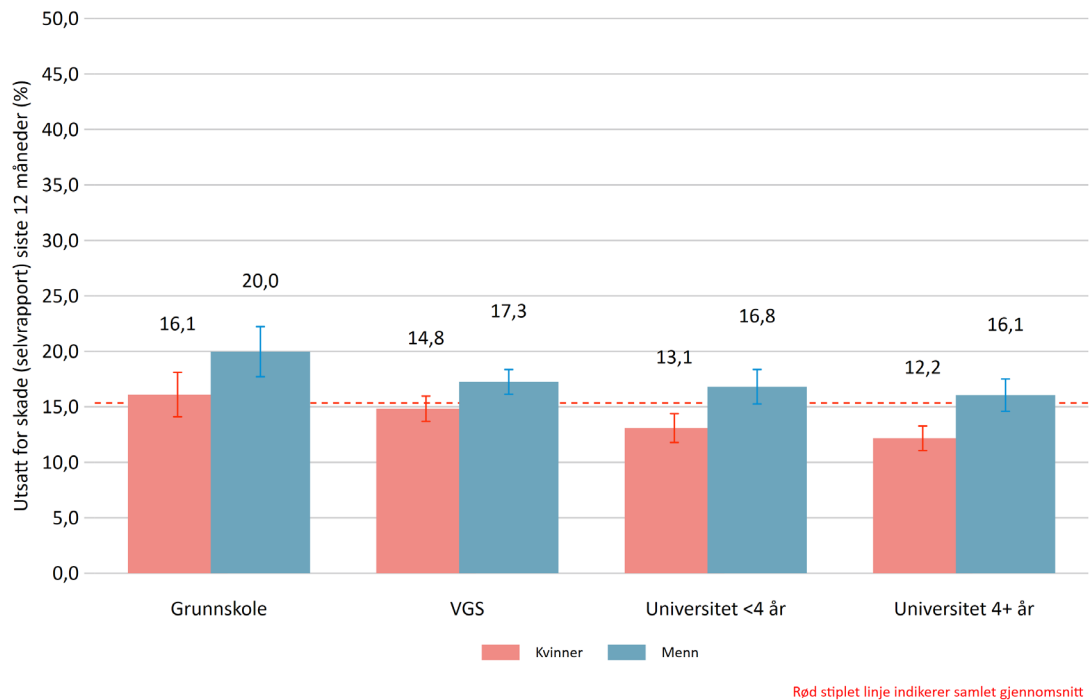
Figur 98: Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som oppgir å ha vært utsatt for en eller flere skader som førte til at en måtte oppsøke lege eller tannlege i løpet av de siste 12 månedene, på tvers av regioner i Rogaland. Ryfylke ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall). Ingen av de andre regionene avviker signifikant fra fylkesgjennomsnittet.

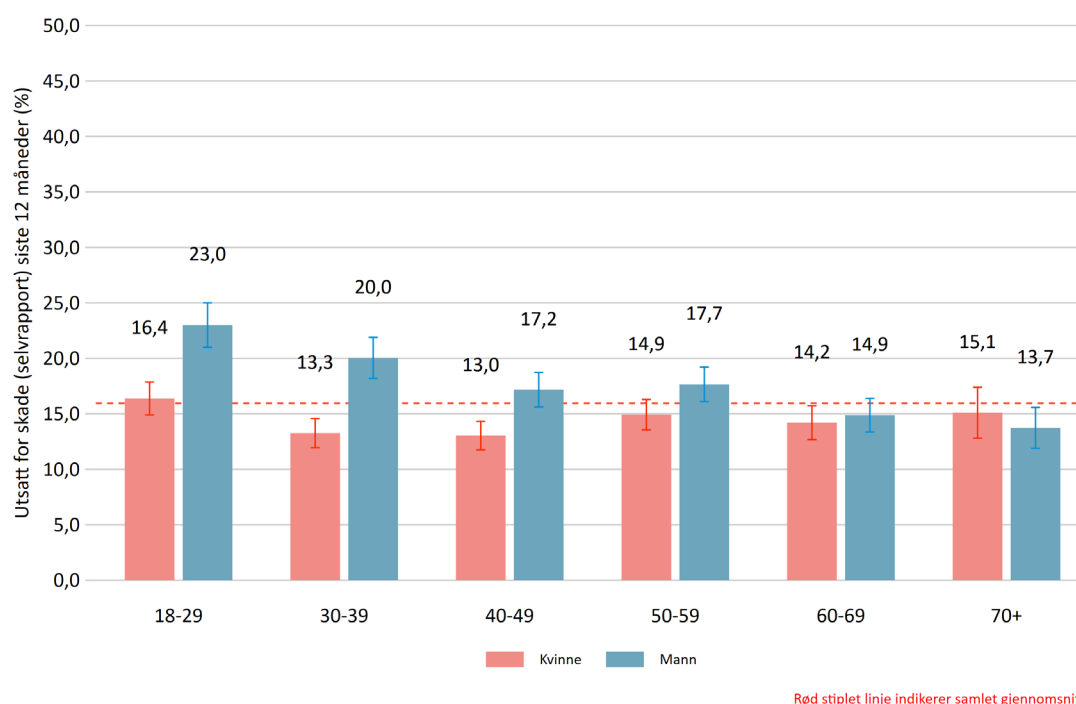
Fullstendig fordeling på kategorier: Ja, en – 13,0 %; Ja, flere – 3,0 %; Nei – 84,0 %.

Figur 99: Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som hadde vært utsatt for skade etter utdanning og kjønn. For både menn og kvinner er andelen som rapporterer å ha vært utsatt for skade noe lavere med høyere utdanningsnivå, men det er kun forskjellen mellom gruppene med korteste og lengste utdanning som er statistisk sikker. Forskjellen mellom de med høyeste utdanning og de med laveste utdanning er på omtrent 4 prosentpoeng for begge kjønn. I alle utdanningsgruppene er andelen som rapporterer skade høyere blant menn enn blant kvinner, men forskjellen i gruppen med grunnskole som høyeste utdanning er kun grensesignifikant.

Figur 100: Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder fordelt på kjønn og alder, Rogaland

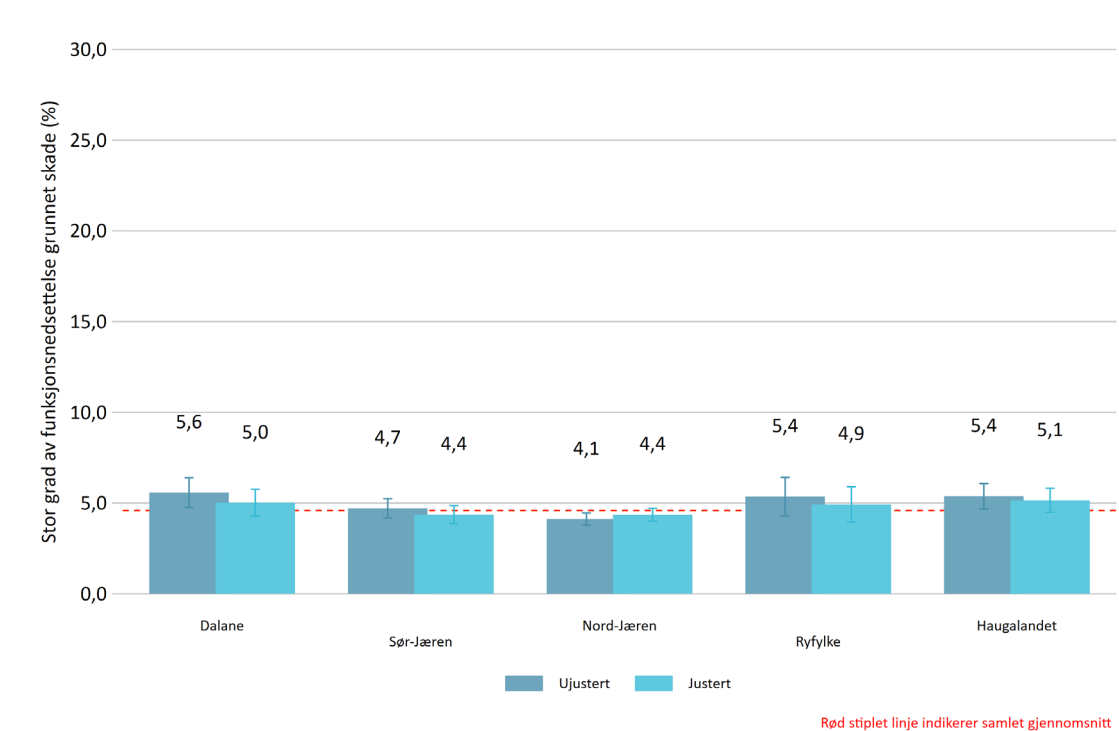


Figuren viser andelen som rapporterte at de hadde vært utsatt for skade etter alder og kjønn. Blant menn er det en nedgang med økende alder. Blant kvinner det små forskjeller mellom aldersgruppene, men med en nedgang i aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år. Høyest andel som rapporterer om skader ser vi blant de yngste (18-29 år) hos begge kjønn, og laveste andel ser vi i aldersgruppen 40-49 år blant kvinner og i den eldste aldersgruppen blant menn. I de tre yngste gruppene er det en større andel menn enn kvinner som rapporterer å ha blitt utsatt for skade. I de tre eldste gruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

3.37 Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade

Totalt 35 087 deltakere av 35 191 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade. Andelen for hele utvalget var **4,58 %** (KI95%: 4,33-4,84). Andelen for kvinner var 4,77 % (n=18 674; KI95% 4,41-5,13) og andelen var 4,37 % (n=16 413; KI95% 4,00-4,74) for menn.

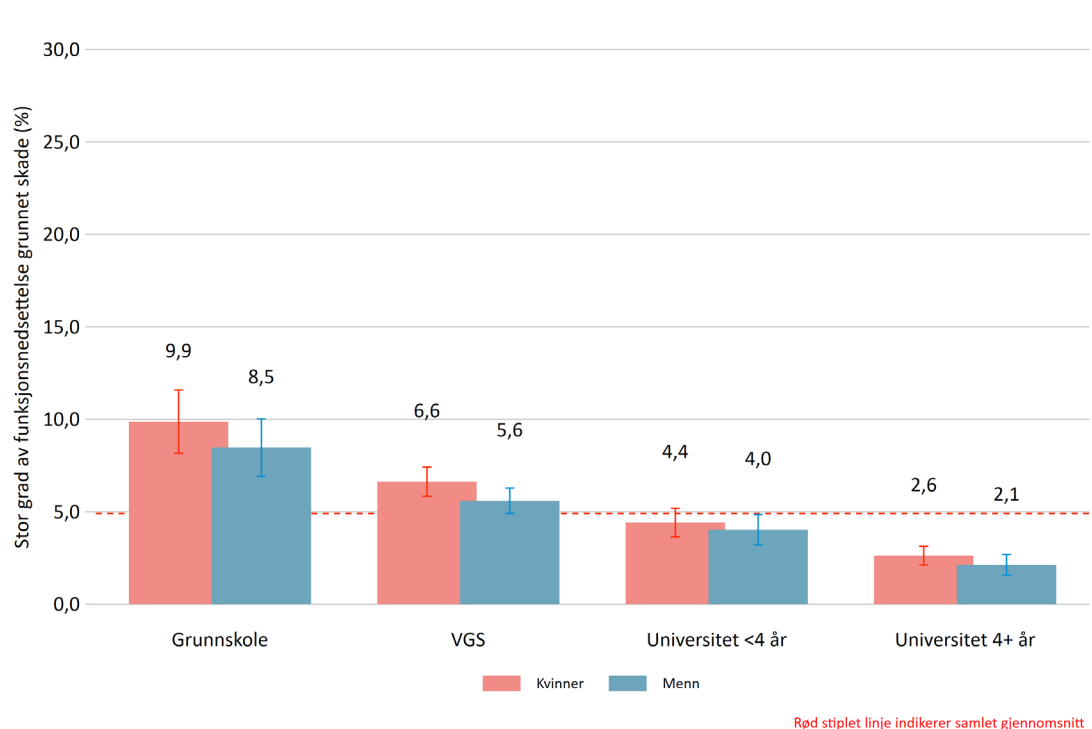
Figur 101: Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som oppgir at de i stor grad opplever funksjonsnedsettelse grunnet skade på tvers av regioner i Rogaland. Det er stort sett kun små forskjeller på tvers av regioner. Et unntak er Nord-Jæren, som ligger signifikant lavere enn gjennomsnittet for fylket (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er ubetydelige.

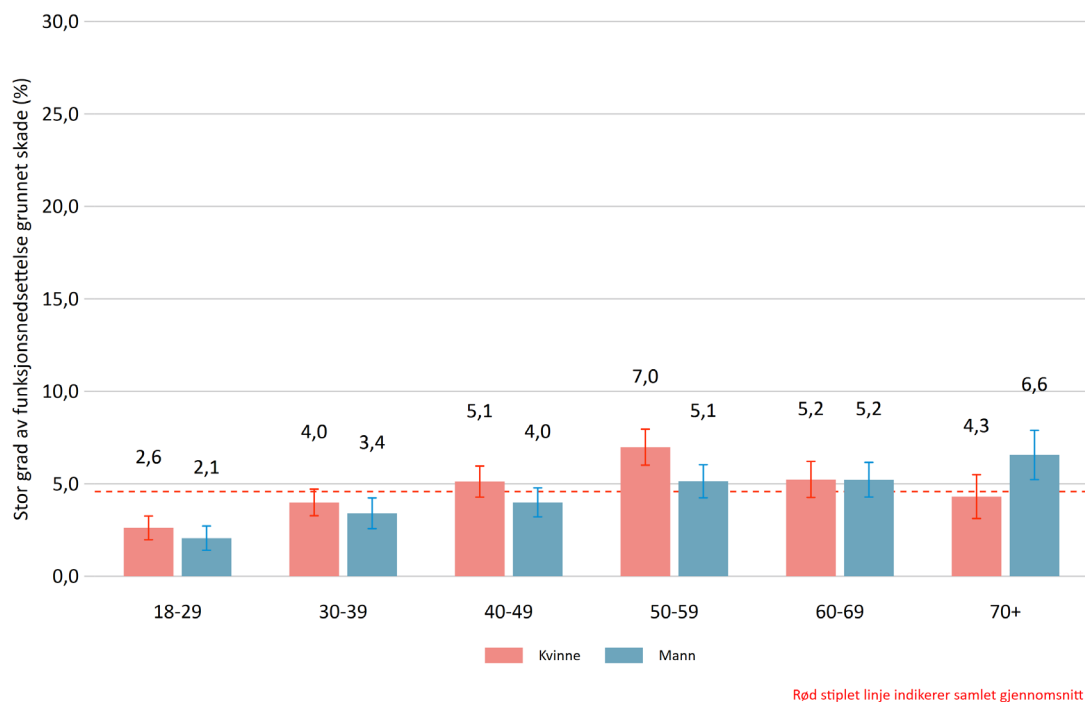
Fullstendig fordeling på kategorier: I stor grad – 4,6 %; I noen grad – 13,1 %; I liten grad – 6,2 %; Ikke i det hele tatt – 76,2 %.

Figur 102: Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterer at de i stor grad opplever funksjonsnedsettelse grunnet skade fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn synker andelen som rapporterer at de i stor grad opplever funksjonsnedsettelse grunnet skade med økende utdanningsnivå. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller på tvers av utdanningsnivåene.

Figur 103: Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade fordelt på kjønn og alder, Rogaland

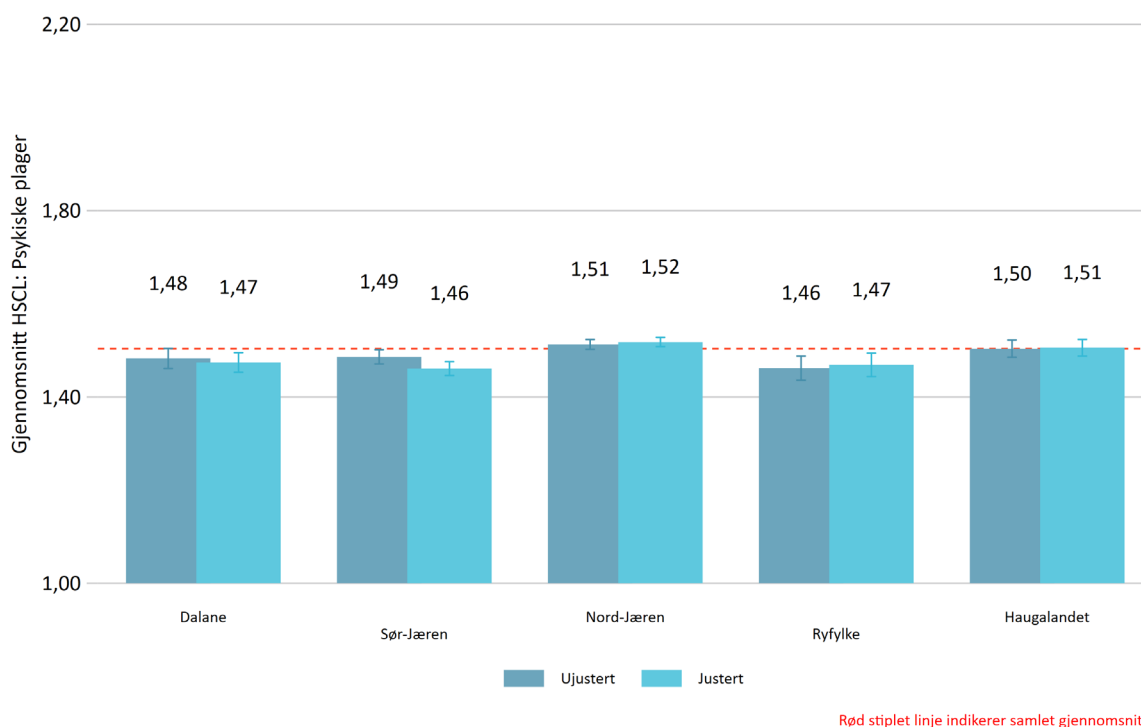


Figuren viser andelen som rapporterer at de i stor grad opplever funksjonsnedsettelse grunnet skade fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn ser man en liten, men relativt jevn økning frem til aldersgruppen 50-59 år, som deretter synker for kvinner. For menn ser vi en økning i den eldste aldersgruppen, men som ikke er statistisk sikker. Det er ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene på tvers av aldersgruppene. Andelen er imidlertid grensesignifikant høyere for kvinner enn for menn i aldersgruppen 50-59 år.

3.38 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager

Totalt 35 145 deltakere av 35 191 (99,9 %) hadde gyldig besvarelse på Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,50** (KI95%: 1,50-1,51). Gjennomsnittet for kvinner var 1,56 (n=18 697; KI95% 1,55-1,57) og gjennomsnittet var 1,44 (n=16 448; KI95% 1,43-1,45) for menn.

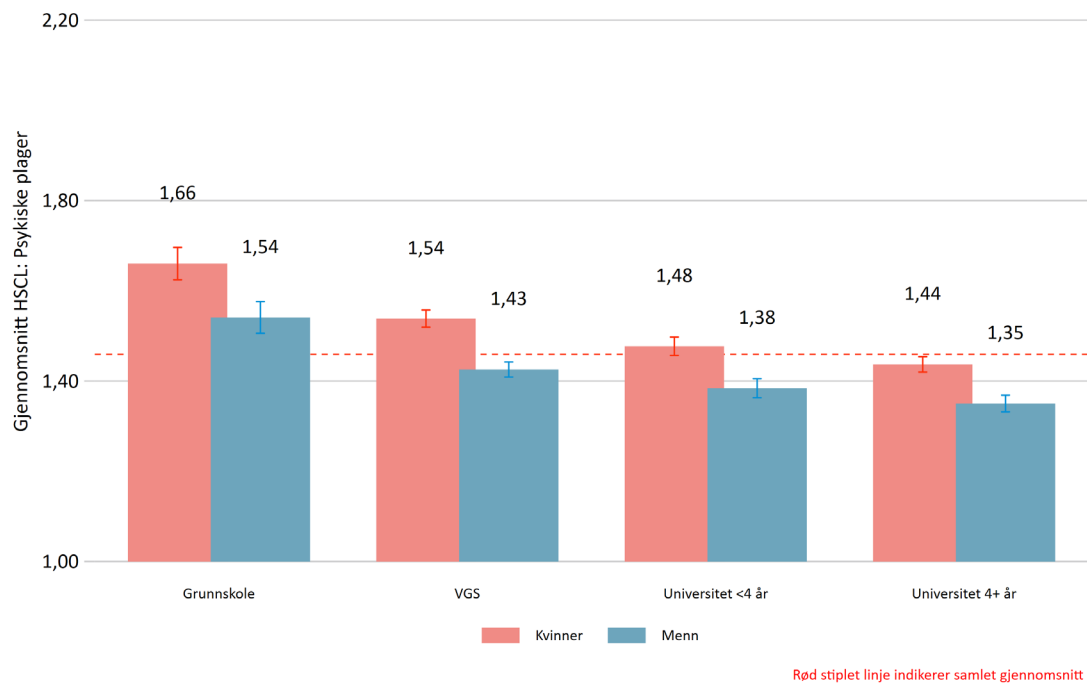
Figur 104: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på HSCL-5 etter region innen fylket. Gjennomsnittlig skår på HSCL-5 for hele utvalget ligger på 1,50 (skala 1-4). Gjennomsnittlig skår på HSCL-5 varierer nokså lite over regioner, men tallene for Ryfylke ligger signifikant lavere enn gjennomsnittet for fylket og tallene for Dalane og Sør-Jæren ligger grensesignifikant lavere. Forskjellen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt (Nord-Jæren og Ryfylke) tilsvarer en Cohens d på bare 0,03. Kvinner ligger litt høyere enn menn med en skår på 1,56 mot 1,44. Forskjellene mellom ujusterte og justerte verdier er svært små.

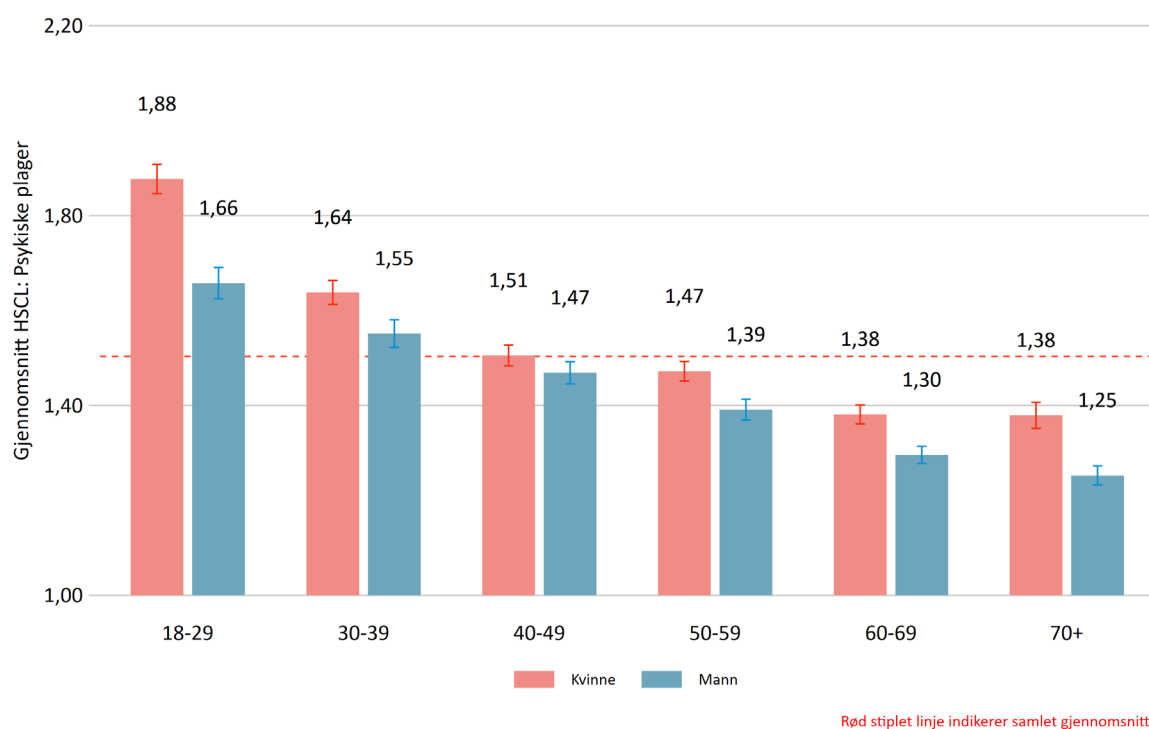
Andel som har en skår som er større enn 2,00 er i dette materialet 12,3 %. Andelen blant kvinner er 14,1 % og blant menn 10,2 % (Cohens $h=0,12$). Andelen er høyest på Nord-Jæren (12,8 %) og lavest i Ryfylke (10,4 %). Forskjellen mellom disse to regionene uttrykt ved Cohens h er på 0,08.

Figur 105: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på HSCL-5 etter utdanning og kjønn. For begge kjønn synker gjennomsnittsskåren med stigende utdanningsnivå. Blant menn er forskjellen mellom gruppene med høyskole- eller universitetsutdanning ikke statistisk sikker. I hver utdanningskategori er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der kvinner skårer høyere enn menn.

Figur 106: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager fordelt på kjønn og alder, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på HSCL-5 etter alder og kjønn. Gjennomsnittsskåren synker med økende alder blant både menn og kvinner. For kvinner flater nedgangen noe ut med økende alder og forskjellen mellom aldersgruppene 40-49 år og 50-59 år og mellom gruppene 60-69 år og 70+ år er ikke statistisk sikre. Kvinner skårer gjennomsnittlig høyere enn menn, bortsett fra i aldersgruppen 40-49 år, der forskjellene ikke er statistisk sikre.

3.39 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Totalt 35 106 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **57,52 %** (KI95%: 56,90-58,13). Andelen for kvinner var 58,47 % (n=18 684; KI95% 57,63-59,31) og andelen var 56,42 % (n=16 422; KI95% 55,52-57,32) for menn.

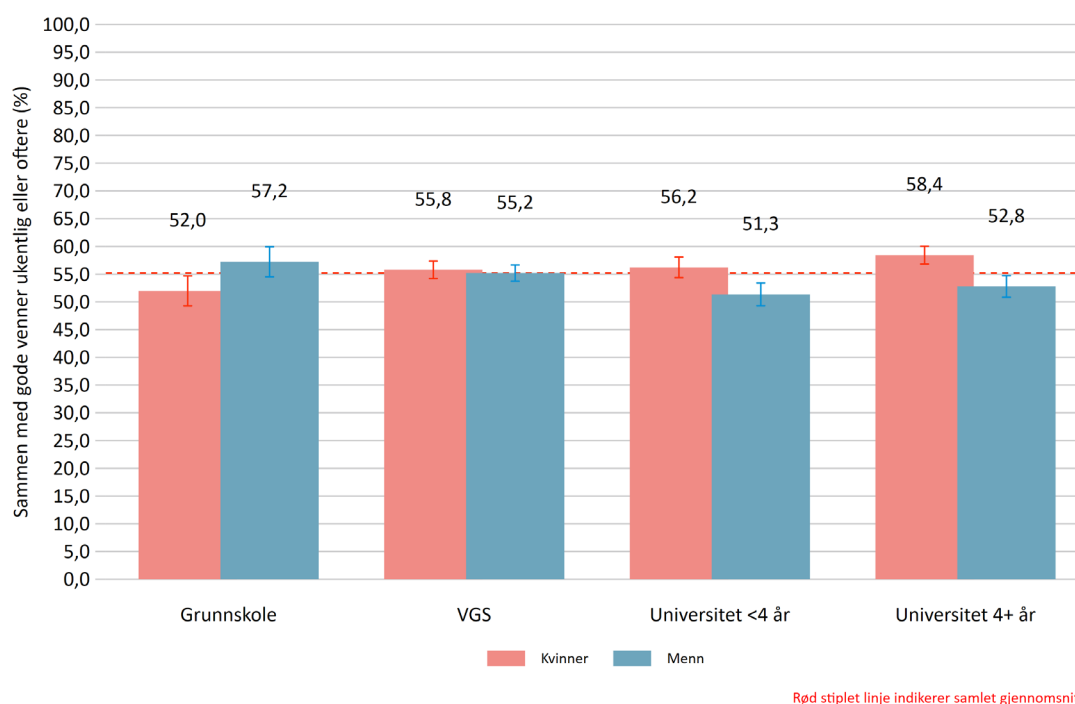
Figur 107: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere på tvers av regioner i Rogaland



Figuren viser andelen som rapporterte at de var sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter region i fylket. Det er noe variasjon på tvers av fylkene, med omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyeste (Dalane) og laveste (Haugalandet) andel (ujusterte tall). Dalane og Sør-Jæren ligger signifikant over fylkesgjennomsnittet, mens Haugalandet ligger under (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale.

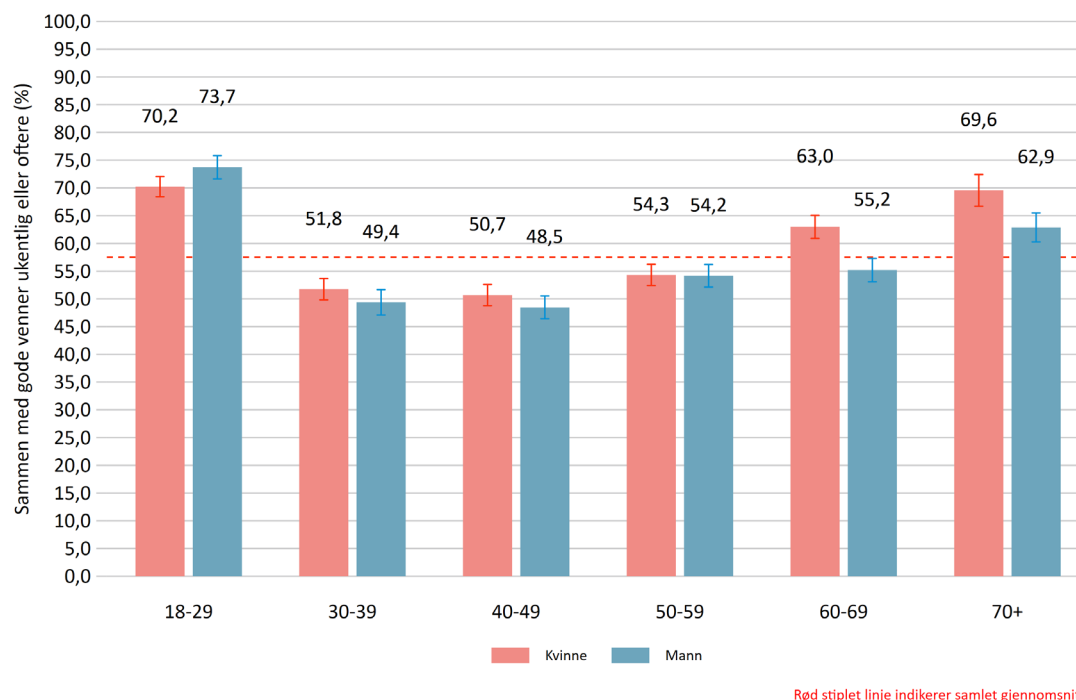
Fullstendig fordeling på kategorier: Omtrent daglig – 9,6 %; Omtrent hver uke, men ikke daglig – 47,9 %; Omtrent hver måned, men ikke ukentlig – 30,1 %; Noen ganger i året – 9,9 %; Sjeldnere enn hvert år – 1,0 %; Har ingen gode venner – 1,5 %.

Figur 108: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser andel som rapporterer at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter utdanning og kjønn. Blant kvinner ser vi en svak økning i andel med økende lengde på utdanning. Forskjellene er statistisk sikre mellom dem med 4+ år høyskole- eller universitetsutdanning og dem med grunnskole som høyeste utdanning. Blant menn er det en svak nedgang i andelen som rapporterer at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere med økende lengde på utdanning, men dette flater ut over de to gruppene med lengst utdanning. Gruppen med <4 år høyskole- eller universitetsutdanning ligger signifikant lavere enn dem med grunnskole og dem med videregående som høyeste utdanning. I gruppen med kortest utdanning er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, men forskjellen er grensesignifikant. I de to gruppene med høyest utdanning er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der en høyere andel kvinner enn menn rapporterer at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere.

Figur 109: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere fordelt på kjønn og alder, Rogaland

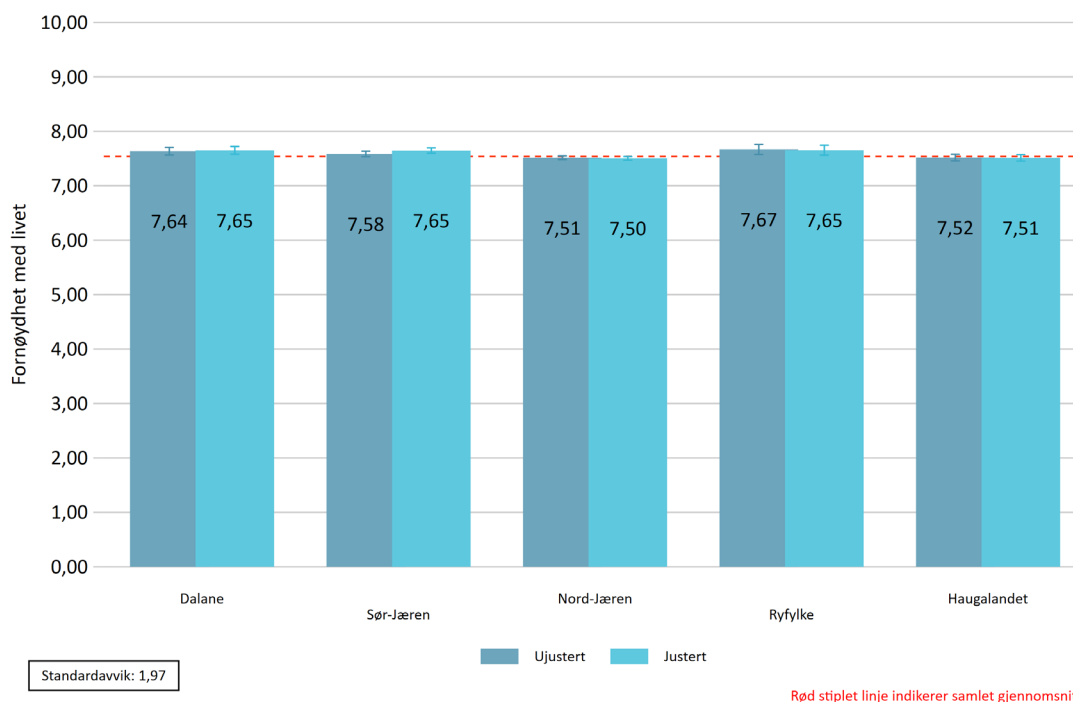


Figuren viser andelen som rapporterer at de er med gode venner ukentlig eller oftere etter alder og kjønn. For både menn og kvinner ser vi antydninger til en U-formet alderstrend. Andelen er høyest for begge kjønn i den yngste aldersgruppen, med en økning fra aldersgruppen 40-49 år og utover. For kvinner er andelen omtrent like høy i den eldste som i den yngste aldersgruppen. For menn ser man en svak økning i de tre eldste aldersgruppene, og spesielt i den eldste gruppen, men som likevel ligger signifikant under den yngste aldersgruppen. Stort sett er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller innad i aldersgruppene, med unntak av den de to eldste aldersgruppene, der betydelig flere kvinner enn menn rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere.

3.40 Fornøydhets med livet

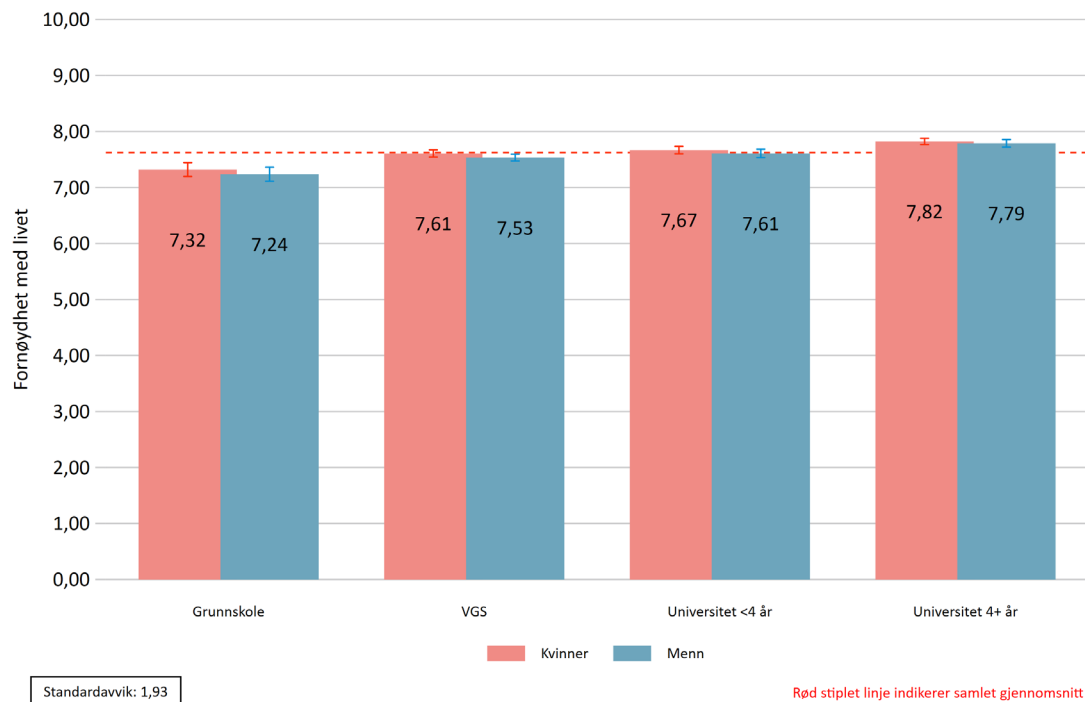
Totalt 35 104 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Fornøydhets med livet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,54** (KI95%: 7,51-7,56). Gjennomsnittet for kvinner var 7,56 (n=18 679; KI95% 7,53-7,59) og gjennomsnittet var 7,51 (n=16 425; KI95% 7,48-7,55) for menn.

Figur 110: Fornøydhets med livet på tvers av regioner i Rogaland



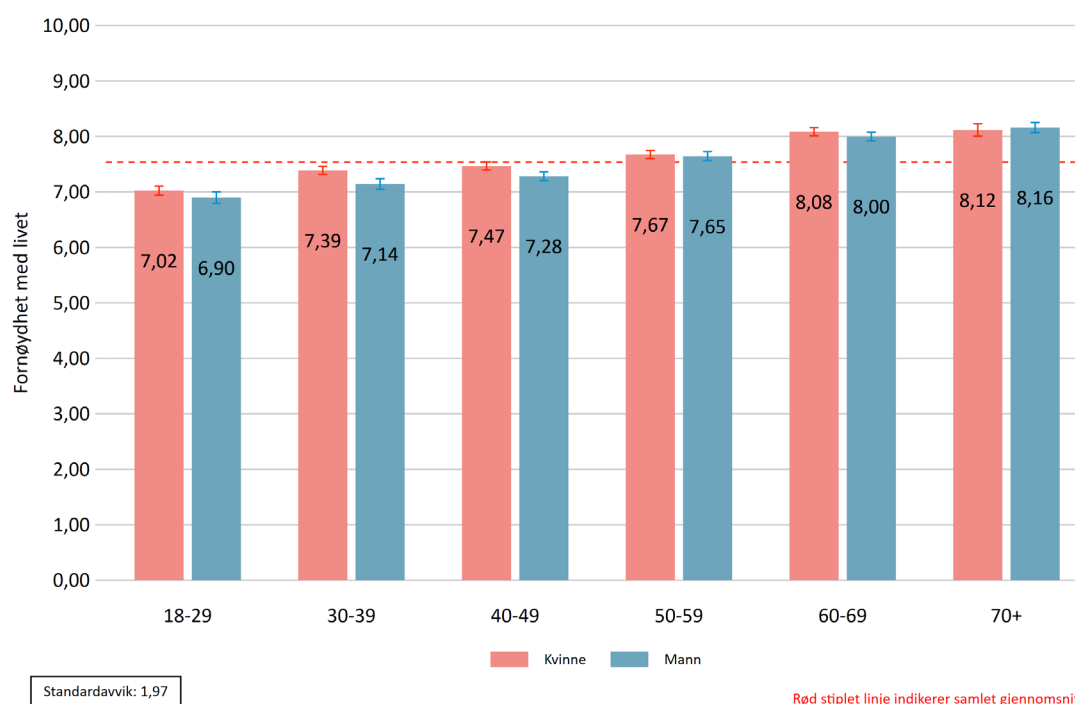
Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet fornøydhets med livet på tvers av regioner i Rogaland. Spørsmålet går som følger: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» Svarene er oppgitt på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke fornøyd i det hele tatt og 10 betyr svært fornøyd. Gjennomsnittlig skår på fornøydhets med livet varierer nokså lite på tvers av regioner. Dalane ligger grensesignifikant over fylkesgjennomsnittet og Ryfylke ligger signifikant over gjennomsnittet (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Ryfylke og Nord-Jæren/Haugalandet) er 0,08.

Figur 111: Fornøydhet med livet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på fornøydhet med livet etter utdanning og kjønn. Vi ser antydning til at gjennomsnittsskåren øker jevnt med utdanningsnivået for begge kjønn. For både kvinner og menn har gruppen med høyest utdanning signifikant høyere gjennomsnittsskåre enn de øvrige gruppene. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller i noen av utdanningsgruppene. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,25 for kvinnene og 0,28 for mennene.

Figur 112: Fornøydhet med livet fordelt på kjønn og alder, Rogaland



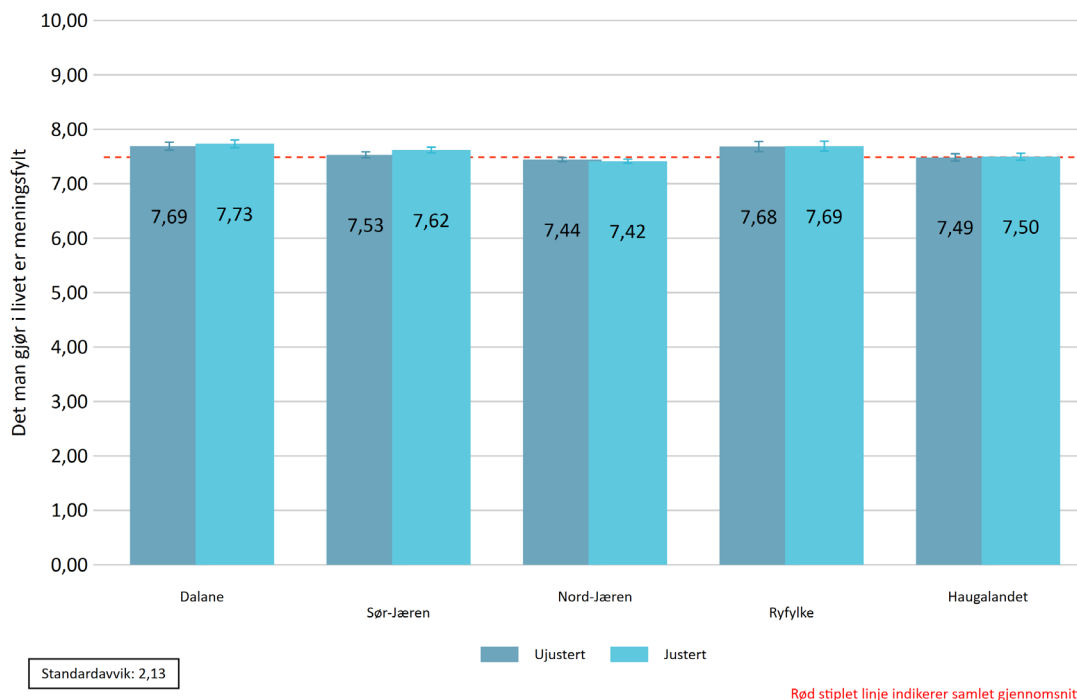
Figuren viser gjennomsnittlig skår på fornøydhet med livet etter alder og kjønn. Vi ser at gjennomsnittsskåren for fornøydhet med livet øker mer eller mindre jevnt med økende alder. Det er små og stort sett ikke statistisk sikre kjønnsforskjeller på tvers av aldersgruppene. For aldersgruppen 30-39 år og 40-49 år er gjennomsnittsverdiene henholdsvis signifikant og grensesignifikant høyere for kvinner enn for menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (eldste gruppe mot yngste gruppe) er 0,56 for kvinnene og 0,64 for mennene.

3.41 Det man gjør i livet er meningsfylt

Totalt 35 098 deltakere av 35 191 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,49** (KI95%: 7,46-7,51).

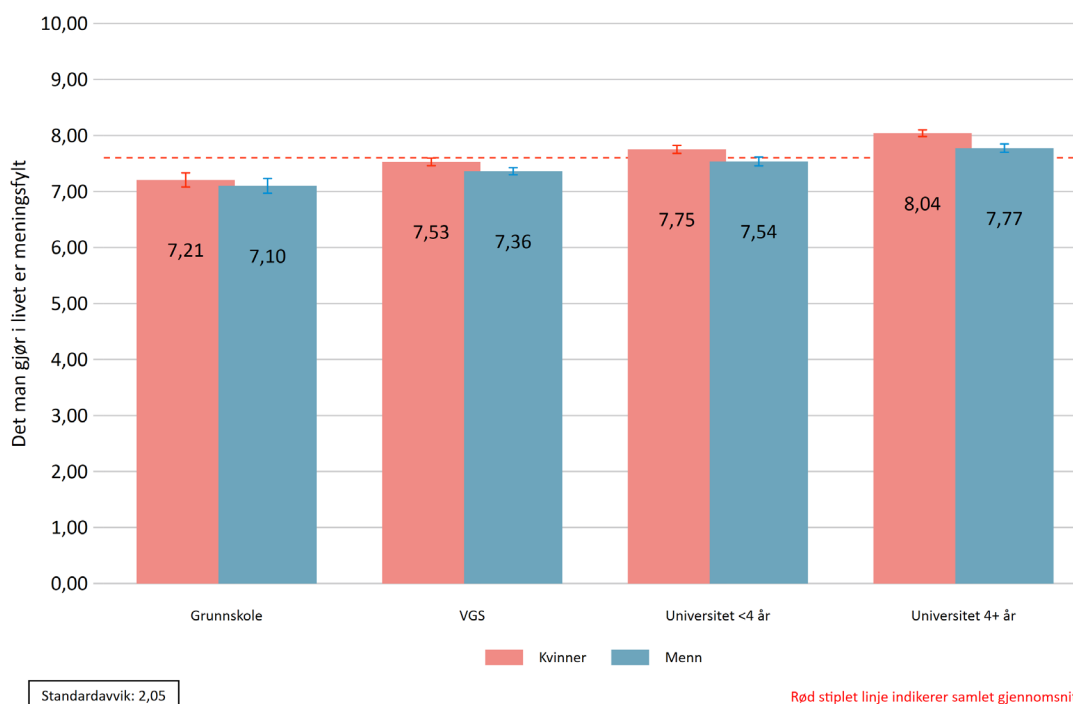
Gjennomsnittet for kvinner var 7,58 (n=18 668; KI95% 7,55-7,62) og gjennomsnittet var 7,38 (n=16 430; KI95% 7,34-7,42) for menn.

Figur 113: Det man gjør i livet er meningsfylt på tvers av regioner i Rogaland



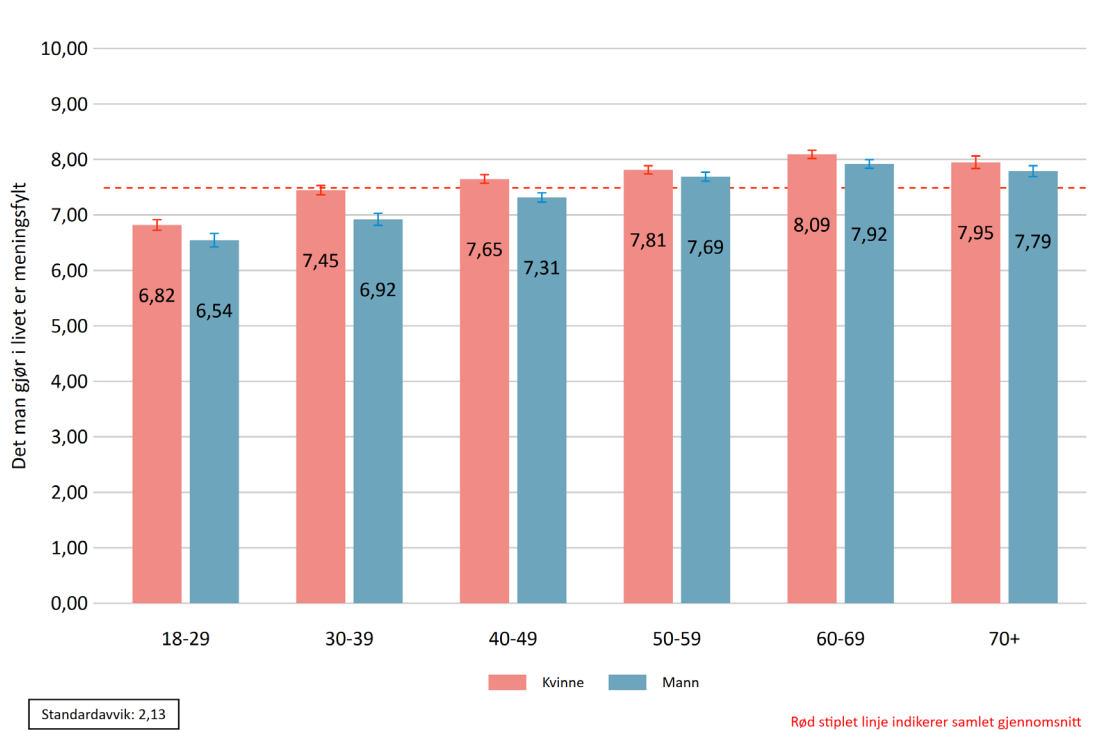
Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt, på tvers av regioner i Rogaland. Spørsmålet går som følger: «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?» Svarene er oppgitt på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke meningsfylt i det hele tatt og 10 betyr svært meningsfylt. Gjennomsnittsskåren for hele utvalget ligger på 7,49. Kvinner ligger litt høyere enn menn med en skår på 7,59 mot 7,38. Gjennomsnittlig skår på om det man gjør i livet er meningsfylt varierer nokså lite over regioner. Tallene for Dalane og Ryfylke ligger signifikant over gjennomsnittet for alle regionene samlet, mens Nord-Jæren ligger grensesignifikant under (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Dalane og Nord-Jæren) er 0,12.

Figur 114: Det man gjør i livet er meningsfylt fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt, fordelt etter utdanning og kjønn. Vi ser at gjennomsnittsskåren øker jevnt med høyere utdanningsnivå for begge kjønn. I gruppene med høyskole- eller universitetsutdannelse er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der gjennomsnittsskåren er høyere for kvinner enn for menn. I gruppen med videregående som høyeste utdanning er kjønnsforskjellen på grensen til statistisk sikker. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,39 for kvinnene og 0,31 for mennene.

Figur 115: Det man gjør i livet er meningsfylt fordelt på kjønn og alder, Rogaland



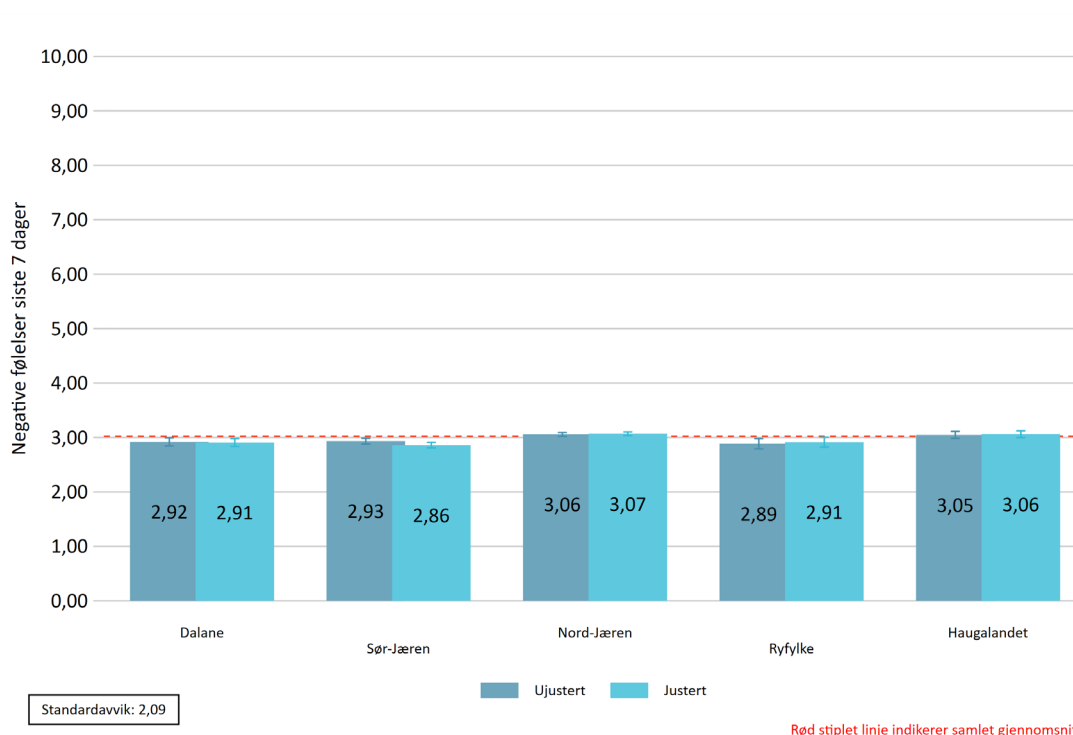
Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt, fordelt etter alder og kjønn. Hvor meningsfylt en opplever det man gjør i livet øker jevnt med økende alder og er høyest i aldergruppen 60-69 år før den synker noe blant aldersgruppen 70+ år. I de tre yngste aldersgruppene er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der kvinner har høyere gjennomsnittsskår enn menn. I aldersgruppen 60-69 år er gjennomsnittsskåren for kvinner grensesignifikant høyere enn for menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,60 for kvinnene og 0,65 for mennene. Både blant menn og blant kvinner finner vi høyest gjennomsnittlig skår blant de i nest eldste aldersgruppe.

3.42 Negative følelser siste 7 dager

Totalt 35 157 deltakere av 35 191 (99,9 %) hadde gyldig besvarelse på Negative følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **3,02** (KI95%: 3,00-3,05).

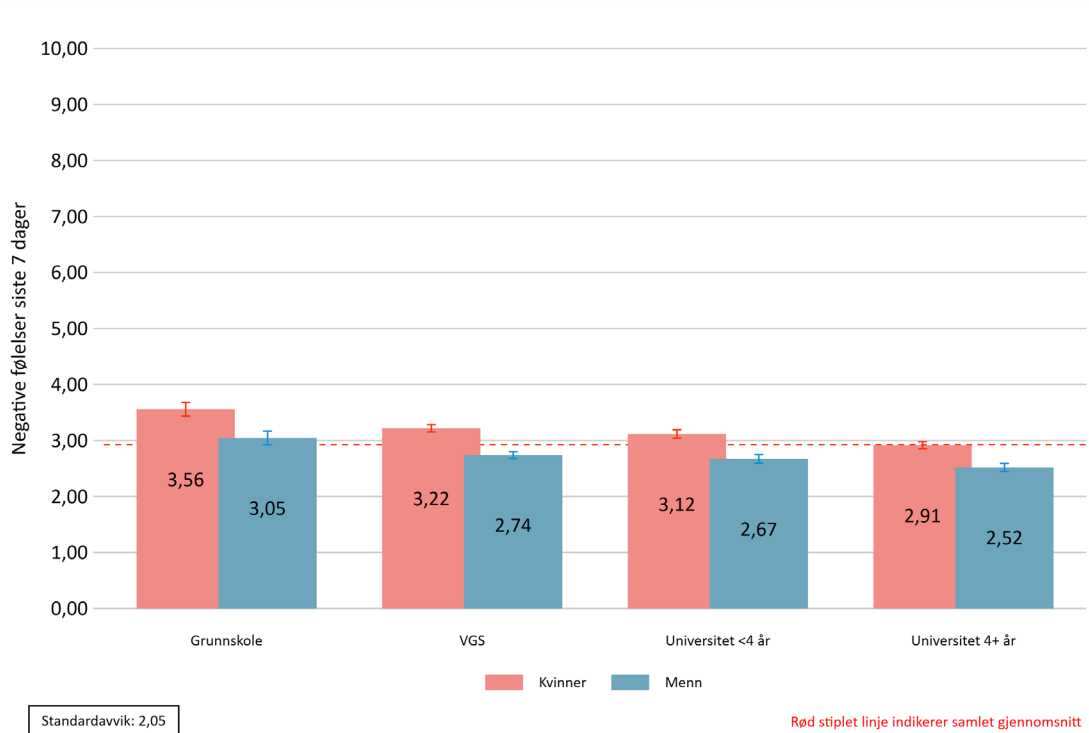
Gjennomsnittet for kvinner var 3,26 (n=18 703; KI95% 3,22-3,30) og gjennomsnittet var 2,75 (n=16 454; KI95% 2,72-2,79) for menn.

Figur 116: Negative følelser siste 7 dager på tvers av regioner i Rogaland



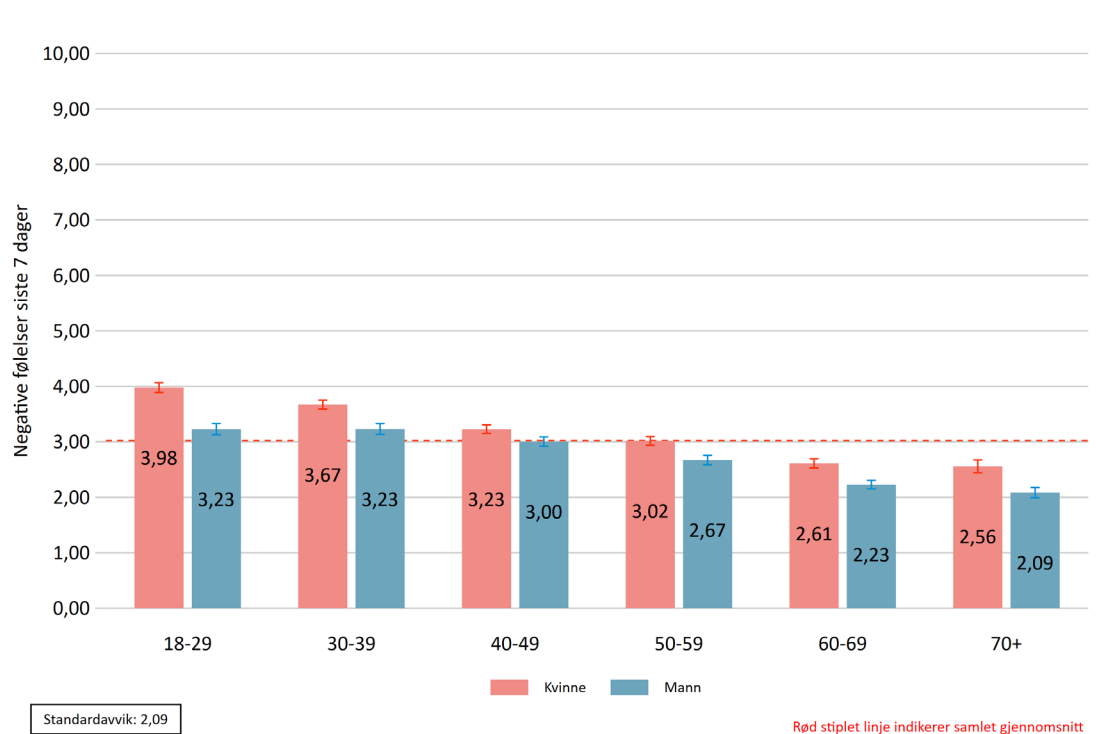
Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålene om å ha hatt negative følelser de siste 7 dagene, etter region i Rogaland. Svarene ble gitt på en skala fra 0-10, der 0 betyr at de ikke opplevde følelsen i det hele tatt og 10 betyr at de opplevde følelsen i svært stor grad. Gjennomsnittsskåren for hele utvalget ligger på 3,02. Kvinner ligger noe høyere enn menn med en skår på 3,26 mot 2,75. Dalane, Sør-Jæren og Ryfylke ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet, mens Nord-Jæren ligger grensesignifikant over. Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Nord-Jæren/Haugalandet og Ryfylke) er 0,08.

Figur 117: Negative følelser siste 7 dager fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på det å ha hatt negative følelser de siste 7 dagene etter utdanning og kjønn. Vi ser at gjennomsnittsskåren synker jevnt med høyere utdanningsnivå for begge kjønn og forskjellen mellom gruppene med høyest og lavest utdanning er statistisk sikker. Det er også klare kjønnsforskjeller på alle utdanningsnivå, der kvinner i gjennomsnitt rapporterer mer negative følelser de siste 7 dagene enn menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (de med lavest utdanning mot de med høyest utdanning) er 0,31 for kvinnene og 0,25 for mennene.

Figur 118: Negative følelser siste 7 dager fordelt på kjønn og alder, Rogaland



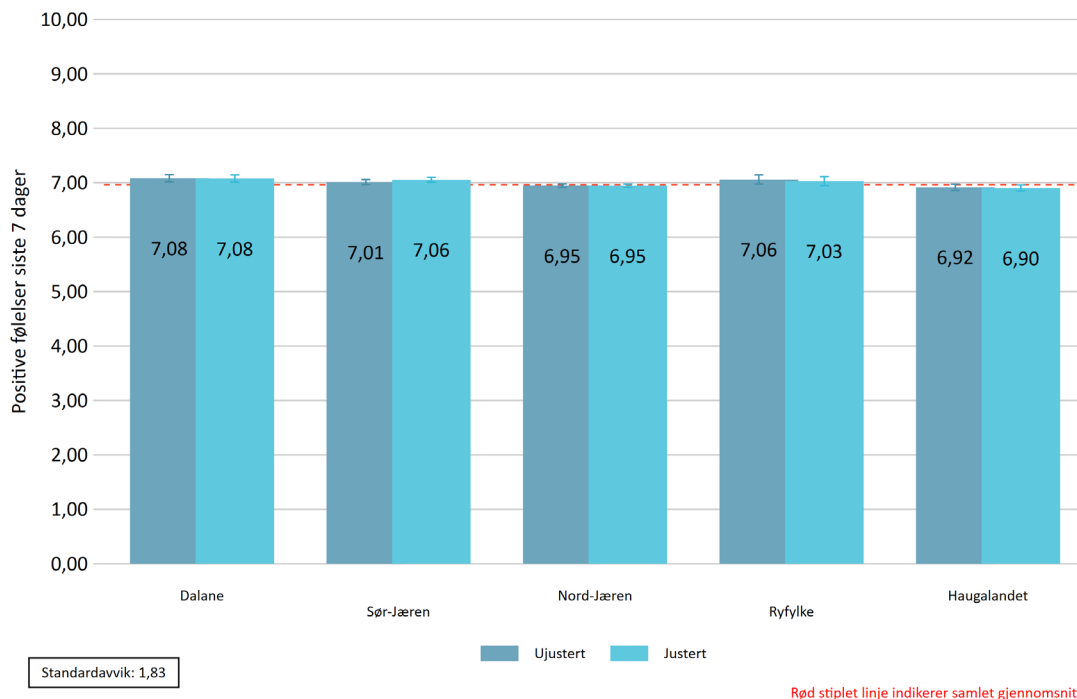
Figuren viser gjennomsnittlig skår på det å ha hatt negative følelser de siste 7 dagene etter alder og kjønn. For kvinner og menn ser vi en jevn reduksjon i gjennomsnittsskåren med økende alder. I alle aldersgruppene er det signifikante kjønnsforskjeller der kvinner oppnår en noe høyere skår enn menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (yngste mot eldste gruppe) er 0,68 for kvinnene og 0,55 for mennene.

3.43 Positive følelser siste 7 dager

Totalt 35 152 deltakere av 35 191 (99,9 %) hadde gyldig besvarelse på Positive følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,96** (KI95%: 6,94-6,98).

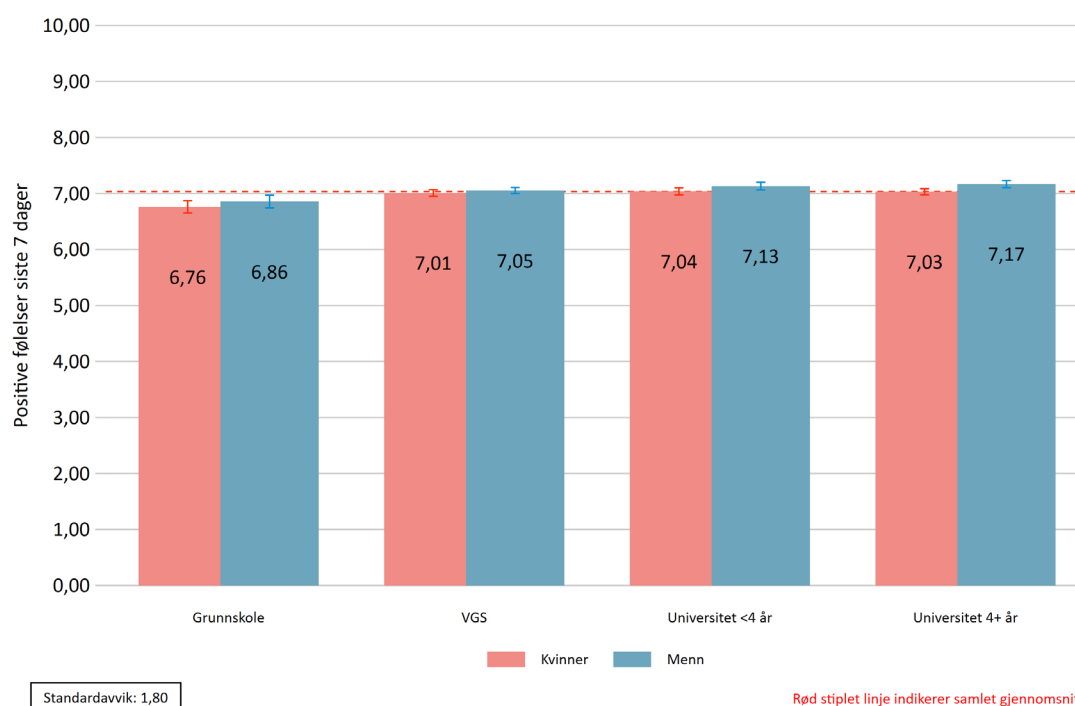
Gjennomsnittet for kvinner var 6,89 (n=18 703; KI95% 6,86-6,92) og gjennomsnittet var 7,04 (n=16 449; KI95% 7,01-7,08) for menn.

Figur 119: Positive følelser siste 7 dager på tvers av regioner i Rogaland



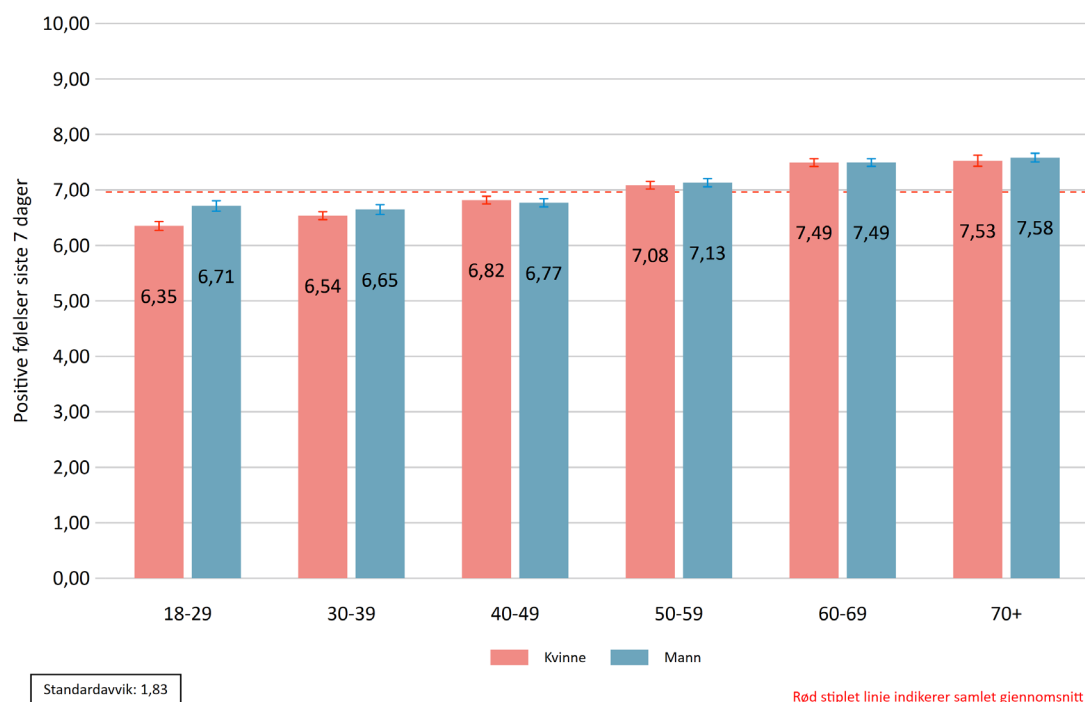
Figuren viser gjennomsnittlig skår på positive følelser de siste 7 dagene på tvers av regionene i Rogaland. Svarene ble gitt på en skala fra 0-10, der 0 betyr at de ikke opplevde følelsen i det hele tatt og 10 betyr at de opplevde følelsen i svært stor grad. Det er stort sett små forskjeller på tvers av regionene. Det er likevel mulig å se at Dalane ligger like over gjennomsnittet for fylket som helhet, mens Sør-Jæren og Ryfylke ligger grensesignifikant over. Haugalandet ligger grensesignifikant under gjennomsnittet. Det er ingen vesentlige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Dalane og Haugalandet) er 0,09.

Figur 120: Positive følelser siste 7 dager fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på positive følelser de siste 7 dagene etter utdanning og kjønn. For kvinner har de med grunnskoleutdanning en noe lavere gjennomsnittsskår enn de øvrige utdanningsnivåene. For kvinner er gjennomsnittsskåren er nærmest lik på tvers av de tre høyeste utdanningsnivåene. Blant menn øker gjennomsnittsskåren på positive følelser de siste 7 dagene noe med økende utdanningsnivå, hvor gruppen med 4+ år høyskole- eller universitetsutdannelse ligger signifikant høyere enn gruppen med grunnskole som høyeste utdanning og grensesignifikant høyere enn gruppen med videregående som høyeste utdanning. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,15 for kvinnene og 0,17 for mennene.

Figur 121: Positive følelser siste 7 dager fordelt på kjønn og alder, Rogaland

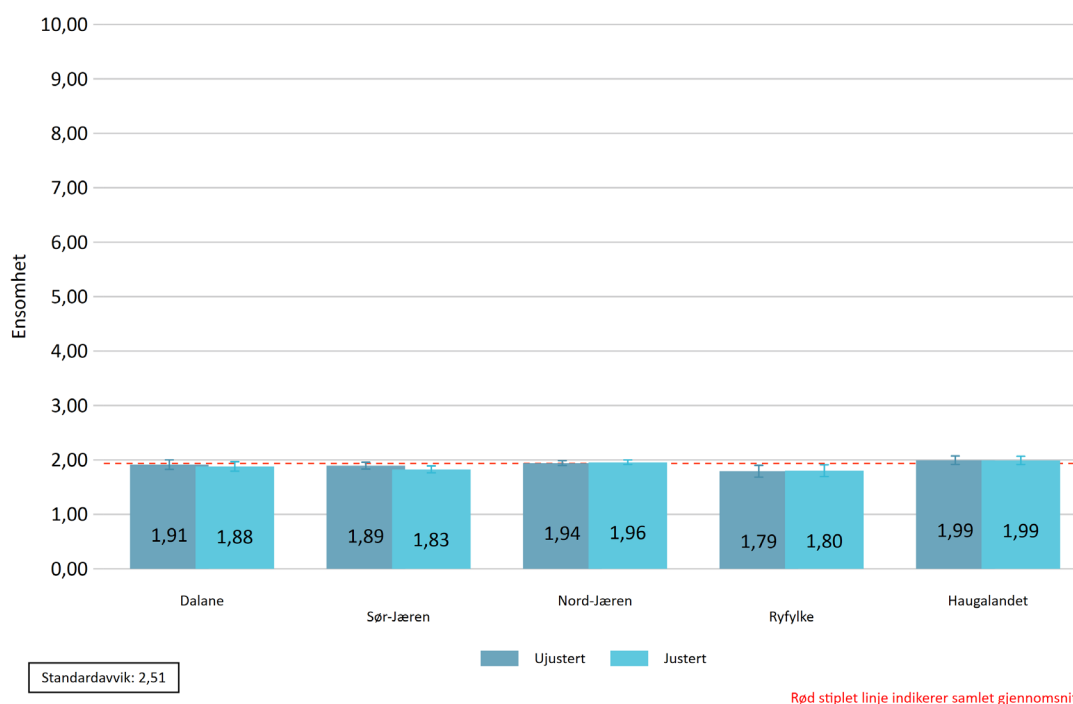


Figuren viser gjennomsnittlig skår på positive følelser de siste 7 dagene etter alder og kjønn. For både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren med økende alder. Unntaket er i den yngste aldersgruppen (18-29 år), der menn oppnår en høyere gjennomsnittsskår på positive følelser de siste 7 dagene enn kvinner. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (eldste gruppe mot yngste gruppe for kvinner og eldste mot nest yngste for menn) er 0,64 for kvinnene og 0,51 for mennene.

3.44 Ensomhet

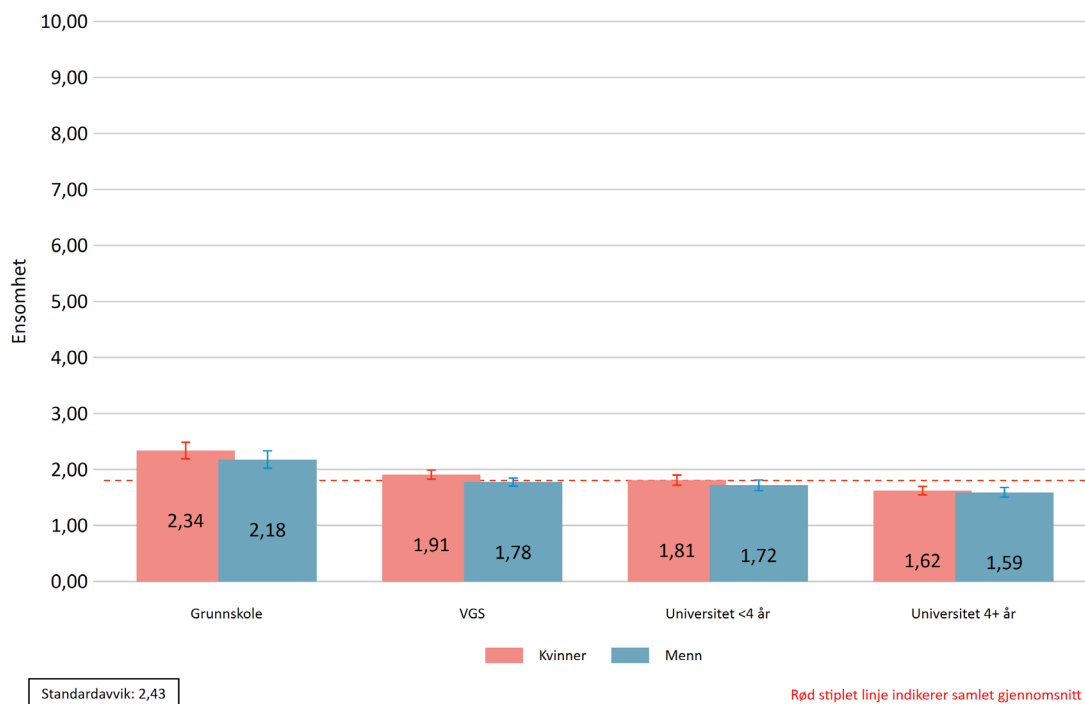
Totalt 35 086 deltakere av 35 191 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Ensomhet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,94** (KI95%: 1,91-1,97). Gjennomsnittet for kvinner var 2,00 (n=18 662; KI95% 1,95-2,04) og gjennomsnittet var 1,87 (n=16 424; KI95% 1,82-1,91) for menn.

Figur 122: Ensomhet på tvers av regioner i Rogaland



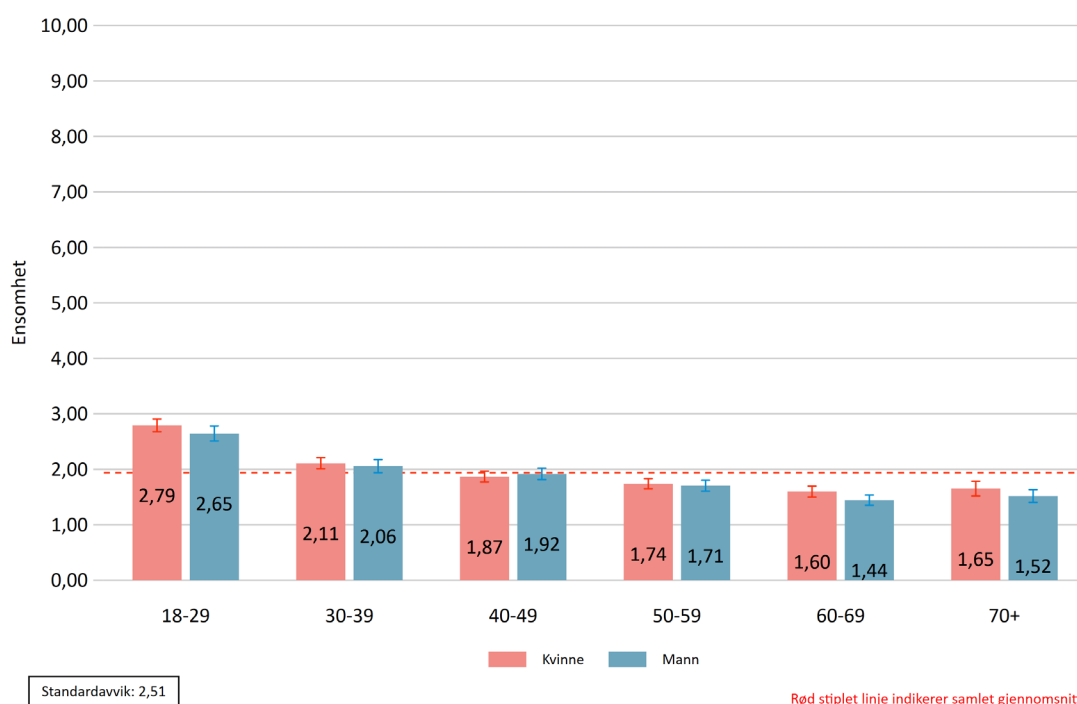
Figuren viser gjennomsnittlig skår på ensomhet på tvers av regionene i Rogaland. Svarene er oppgitt på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke ensom i det hele tatt og 10 betyr svært ensom. Det er stort sett ingen betydelige forskjeller mellom regionene, bortsett fra Ryfylke, som ligger signifikant under gjennomsnittet for regionene samlet (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Haugalandet og Ryfylke) er 0,08.

Figur 123: Ensomhet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på ensomhet etter utdanning og kjønn. Det er en liten reduksjon i ensomhet med økende lengde på utdanningen. De med grunnskoleutdanning rapporterer signifikant mer ensomhet enn de to høyeste utdanningsgruppene. For både kvinner og menn er gjennomsnittsskåren signifikant høyere for dem med grunnskole som høyeste utdanning sammenlignet med de øvrige gruppene. For kvinner har gruppen med lengst utdanning signifikant lavere gjennomsnittsskåre på ensomhet enn alle de andre utdanningsgruppene. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller i noen av utdanningsgruppene. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (de med lavest utdanning mot de med høyest utdanning) er 0,29 for kvinnene og 0,24 for mennene.

Figur 124: Ensomhet fordelt på kjønn og alder, Rogaland

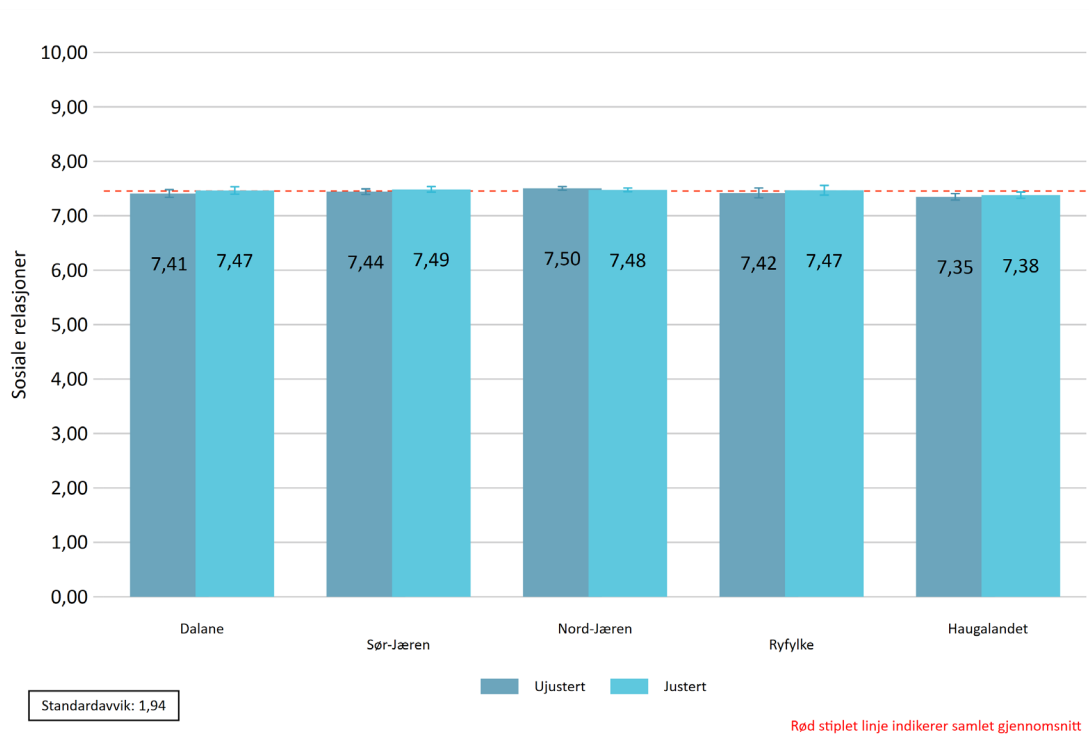


Figuren viser gjennomsnittlig skår på ensomhet etter alder og kjønn. Det er mulig å se en alderstrend der den rapporterte ensomheten synker med økende alder frem til aldersgruppen 60-69 år. For aldersgruppen 70+ har man en svak økning, men denne er ikke statistisk sikker. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller på tvers av aldersgruppene. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,47 for kvinnene og 0,48 for mennene. Både blant menn og blant kvinner finner vi lavest verdi i den nest eldste aldersgruppen.

3.45 Sosiale relasjoner

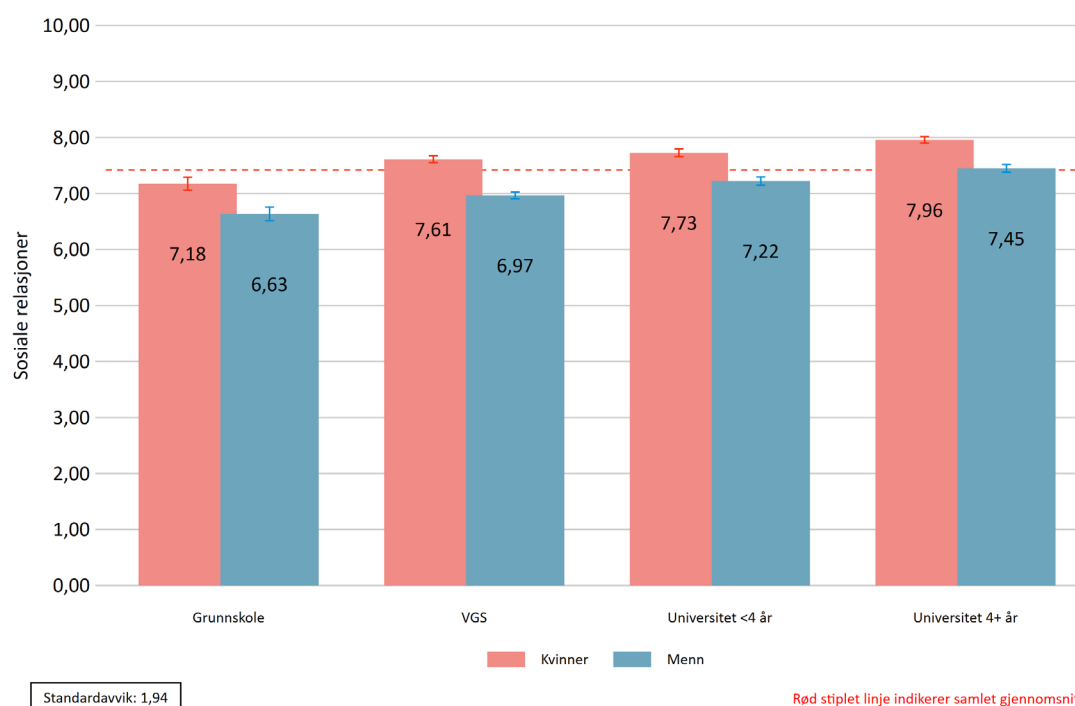
Totalt 35 126 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Sosiale relasjoner. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,45** (KI95%: 7,43-7,48). Gjennomsnittet for kvinner var 7,73 (n=18 691; KI95% 7,69-7,76) og gjennomsnittet var 7,14 (n=16 435; KI95% 7,11-7,18) for menn.

Figur 125: Sosiale relasjoner på tvers av regioner i Rogaland



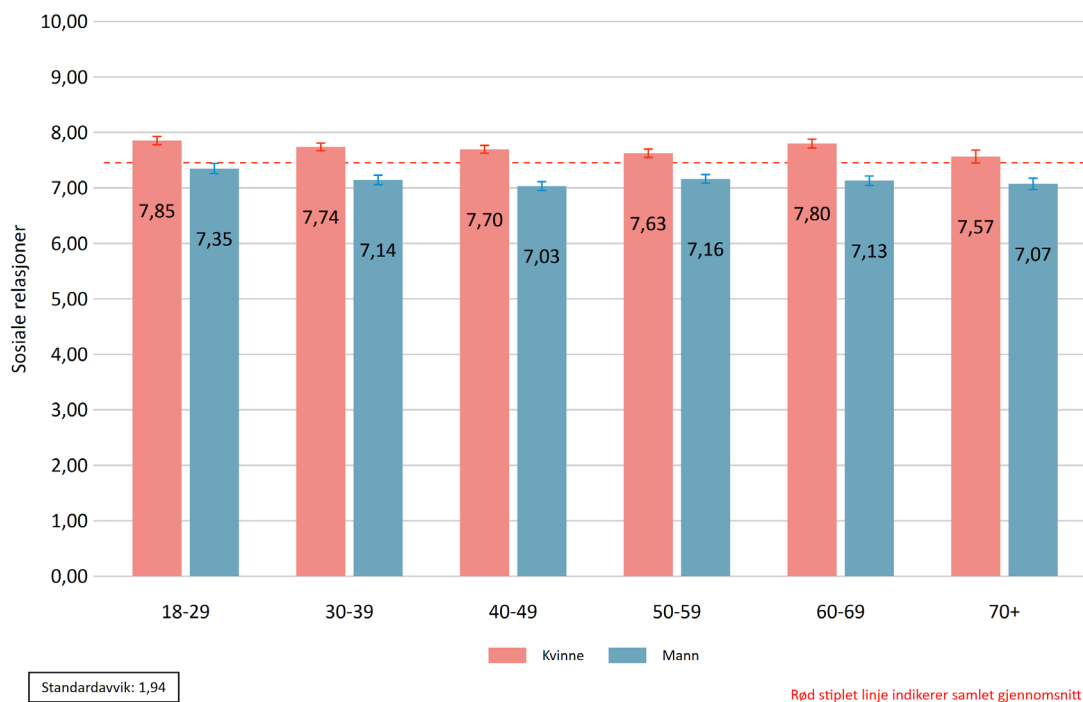
Figuren viser gjennomsnittlig skår på en sumskår (meanscore) basert på to spørsmål om sosiale relasjoner (om en opplever sine sosiale relasjoner som støttende og givende; i hvilken grad en bidrar til andres lykke og livskvalitet – «gjensidig positive sosiale relasjoner»), på tvers av regioner i Rogaland. Svarene ble gitt på en skala fra 0-10, der 0 betyr helt uenig og 10 betyr helt enig. Det er stort sett lite variasjon på tvers av regionene, men Nord-Jæren ligger signifikant over og Haugalandet ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Nord-Jæren og Haugalandet) er 0,08.

Figur 126: Sosiale relasjoner fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på sumskåren (meanscore) basert på de to spørsmålene om sosiale relasjoner, etter utdanning og kjønn. For begge kjønn er det en økning i hvor støttende og givende en opplever sine sosiale relasjoner med økende utdanningsnivå. På alle utdanningsnivå er det signifikante kjønnsforskjeller i favør av at kvinner rapporterer mer støttende og givende sosiale relasjoner enn menn. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,40 for kvinnene og 0,42 for mennene.

Figur 127: Sosiale relasjoner fordelt på kjønn og alder, Rogaland

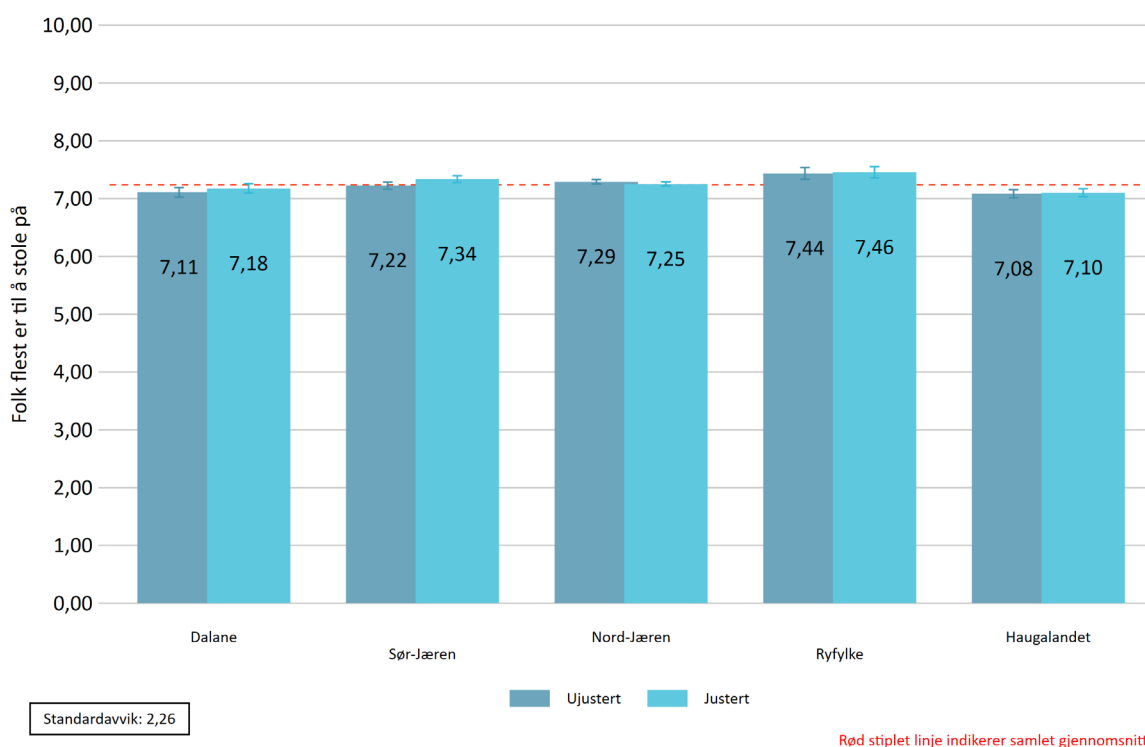


Figuren viser gjennomsnittlig skår på sumskåren (meanscore) basert på de to spørsmålene om sosiale relasjoner etter alder og kjønn. Det er kun små forskjeller mellom aldersgruppene. Blant kvinner er gjennomsnittsskåren høyest for den yngste gruppen. Også blant menn er gjennomsnittsskåren høyest for den yngste gruppen, hvor gjennomsnittsskåren for denne gruppen ligger signifikant høyere enn alle de øvrige aldersgruppene. Utenom dette er det ingen statistisk sikre forskjeller mellom aldersgruppene. Det er signifikante forskjeller mellom kjønnene i alle aldersgruppene, der kvinner rapporterer mer støttende og givende sosiale relasjoner enn menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,14 for kvinnene og 0,16 for mennene. Blant mennene finner vi den laveste gjennomsnittlige skåren i aldersgruppen 40-49 år.

3.46 Folk flest er til å stole på

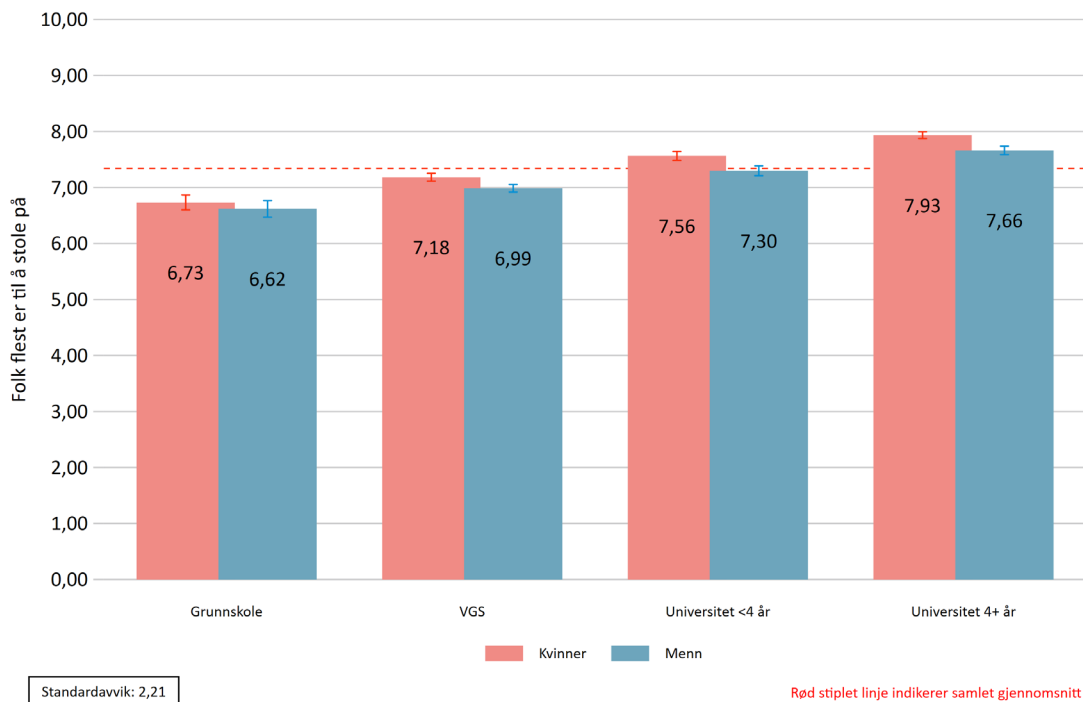
Totalt 35 087 deltakere av 35 191 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Folk flest er til å stole på. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,24** (KI95%: 7,21-7,26). Gjennomsnittet for kvinner var 7,33 (n=18 663; KI95% 7,30-7,37) og gjennomsnittet var 7,12 (n=16 424; KI95% 7,08-7,17) for menn.

Figur 128: Folk flest er til å stole på, på tvers av regioner i Rogaland



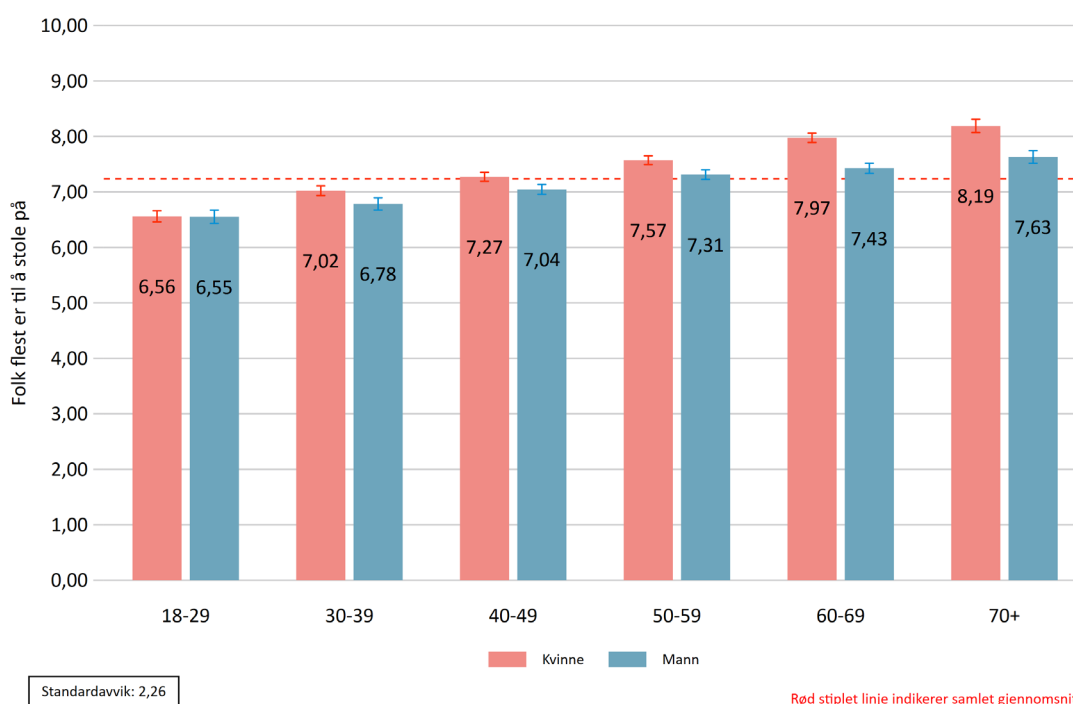
Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om folk flest er til å stole på, på tvers av regioner i Rogaland. Spørsmålet går som følger: «Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?» Svarene er oppgitt på en skala fra 0-10, der 0 betyr at en ikke kan være for forsiktig, mens 10 betyr at folk flest er til å stole på. Det er noe forskjell mellom regionene, hvor Dalane og Haugalandet ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet, mens Ryfylke ligger signifikant over gjennomsnittet (ujusterte tall). Nord-Jæren ligger grensesignifikant over gjennomsnittet (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Ryfylke og Haugalandet) er 0,16.

Figur 129: Folk flest er til å stole på fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på om man opplever at folk flest er til å stole på etter utdanning og kjønn. Vi ser at gjennomsnittsskåren på om man opplever at folk flest er til å stole på øker med utdanningsnivået. Sagt på en annen måte rapporterer de med lang utdanning at de har mer tillitt til andre mennesker enn de med kort utdanning. I de tre gruppene med lengst utdanning er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der kvinner har høyere gjennomsnittsskåre enn menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,53 for kvinnene og 0,46 for mennene.

Figur 130: Folk flest er til å stole på fordelt på kjønn og alder, Rogaland

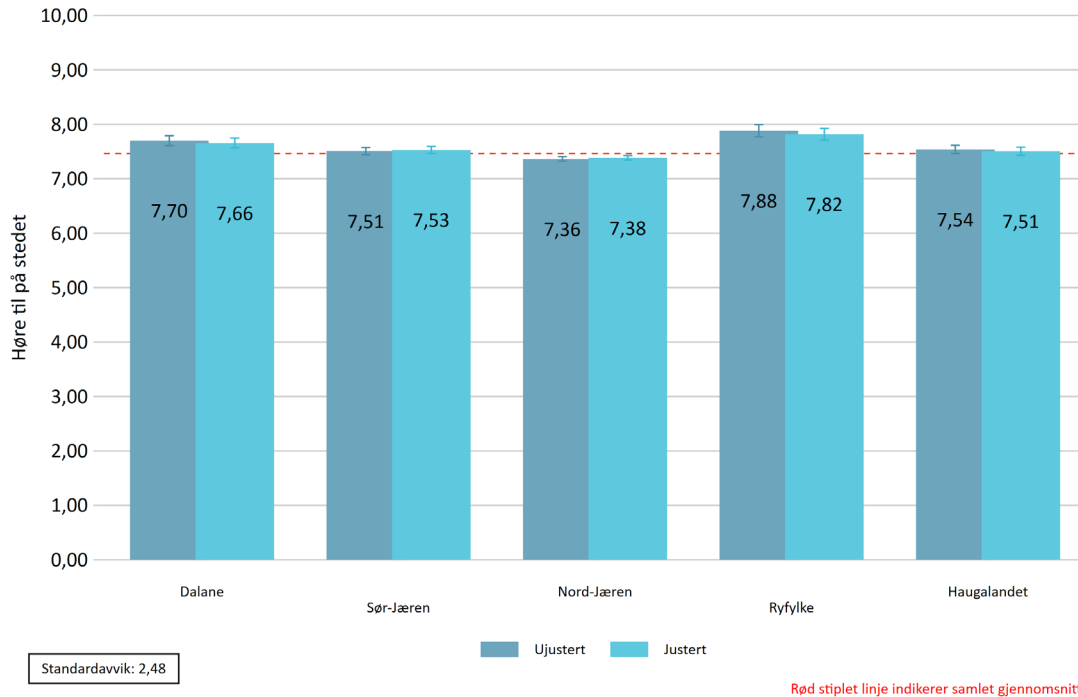


Figuren viser gjennomsnittlig skår på om en opplever at folk flest er til å stole på etter alder og kjønn. For begge kjønn øker gjennomsnittsskåren på opplevelsen av at andre er til å stole på med økende alder. Det vil si at eldre i større grad enn yngre opplever at folk flest er til å stole på. Økningen i gjennomsnittsskåre med økende alder er større for kvinner enn for menn, og det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i alle aldersgruppene bortsett fra den yngste. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (eldste gruppe mot yngste gruppe) er 0,72 for kvinnene og 0,48 for mennene.

3.47 Stedstilhørighet

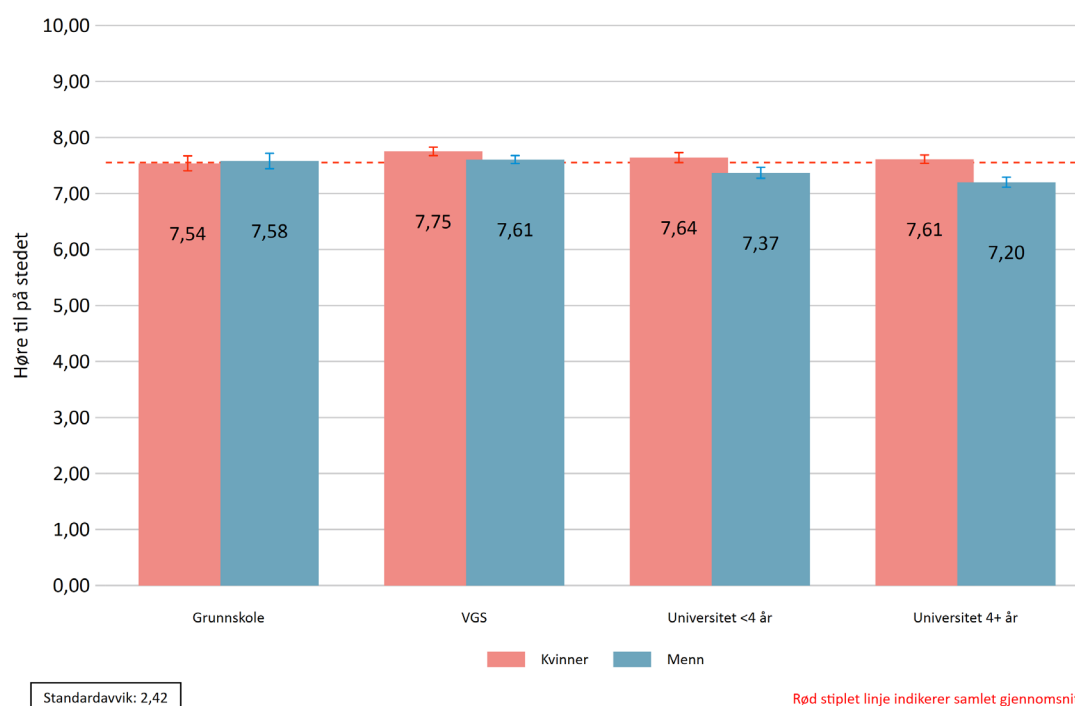
Totalt 35 103 deltakere av 35 191 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Stedstilhørighet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,46** (KI95%: 7,43-7,49). Gjennomsnittet for kvinner var 7,53 (n=18 678; KI95% 7,49-7,57) og gjennomsnittet var 7,39 (n=16 425; KI95% 7,34-7,43) for menn.

Figur 131: Stedstilhørighet på tvers av regioner i Rogaland



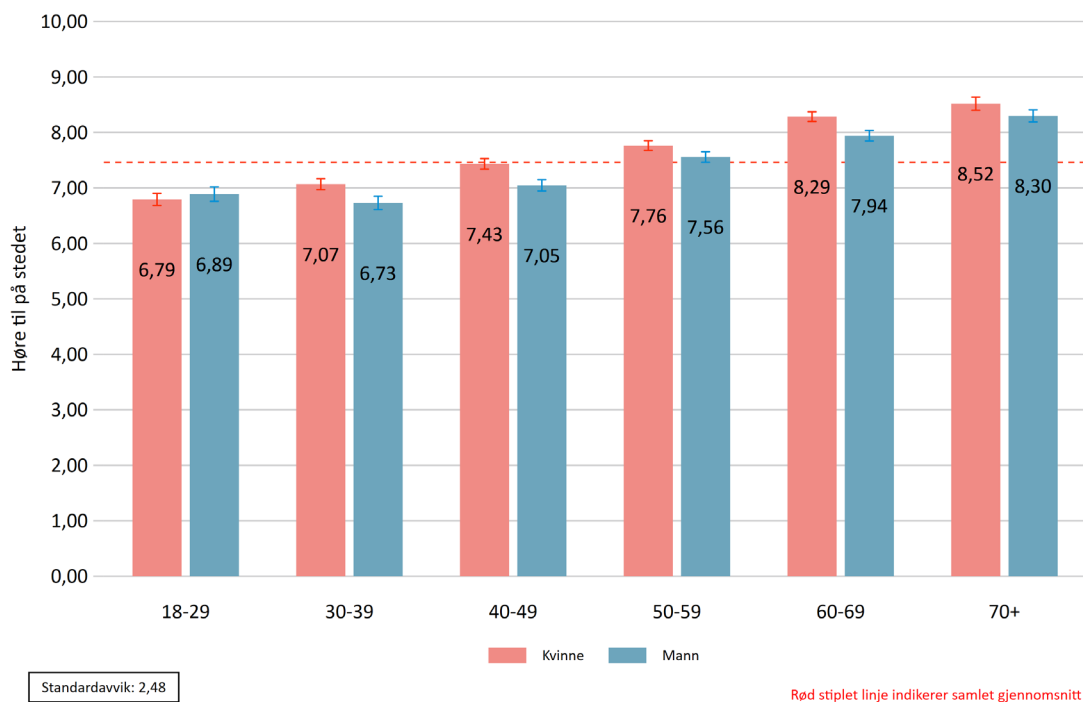
Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om en opplever å høre til på stedet en bor, etter region i Rogaland. Spørsmålet er formulert slik: «I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?» Deltakerne har svart på en skala fra 0 til 10, der 0 vil si at en ikke føler tilhørighet overhodet, og 10 at en føler en sterk grad av tilhørighet. Sammenlignet med fylkesgjennomsnittet ligger regionene Dalane og Ryfylke signifikant over og Haugalandet ligger grensesignifikant over (ujusterte tall). Nord-Jæren ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Ryfylke og Nord-Jæren) er 0,21.

Figur 132: Stedstilhørighet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på opplevelsen av å høre til på stedet der en bor etter utdanning og kjønn. For både kvinner og menn er det kun små forskjeller i opplevelsen av å høre til på tvers av utdanningsnivåene. For menn er det en liten nedgang i gruppene med høyest utdanning og forskjellen mellom dem med 4+ år høyskole- eller universitetsutdanning og dem med grunnskole som høyeste utdanning er statistisk sikker. Gruppen med <4 år høyskole- eller universitetsutdanning er grensesignifikant lavere en gruppen med grunnskole som høyeste utdanning. I gruppene med lengst utdanning er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, med høyere gjennomsnittsskår hos kvinner enn hos menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,08 for kvinnene og 0,17 for mennene. Blant kvinnene var det de med videregående skole eller tilsvarende som hadde høyest og de med grunnskole som hadde lavest gjennomsnittsskår. Også blant mennene var det de med videregående skole som hadde høyest skår, med de med lavest gjennomsnittlig skår blant menn var de med lang universitetsutdanning.

Figur 133: Stedstilhørighet fordelt på kjønn og alder, Rogaland

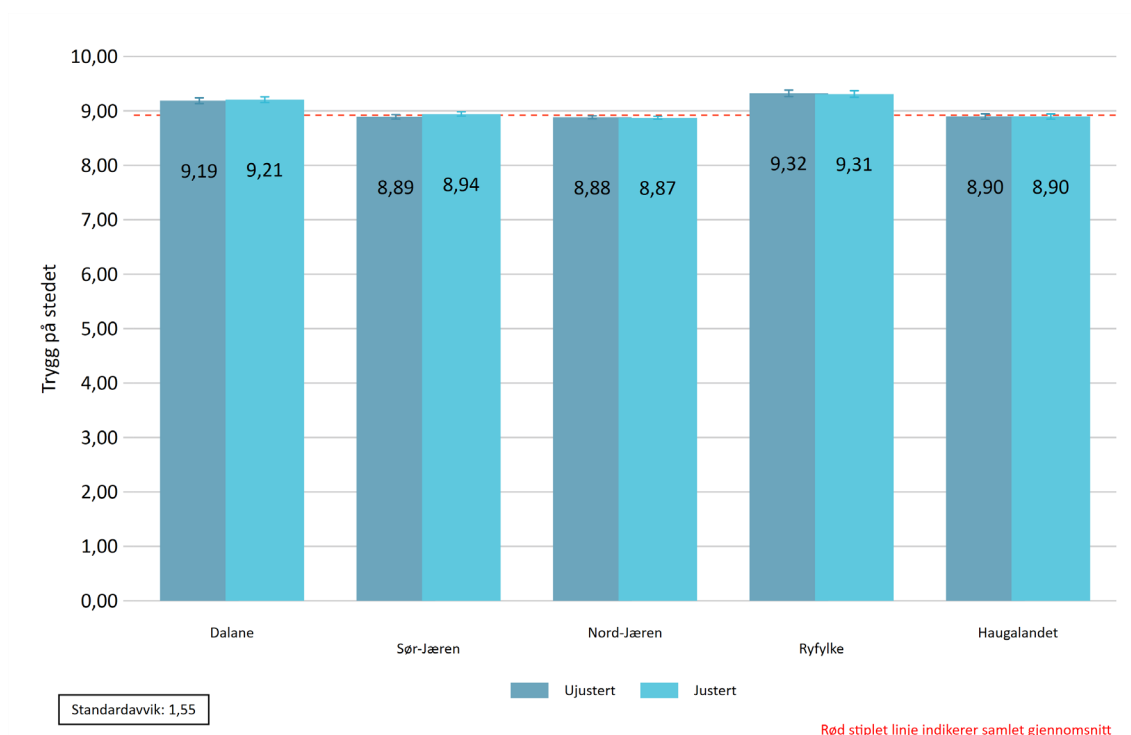


Figuren viser gjennomsnittlig skår på opplevelsen av å høre til på stedet en bor etter alder og kjønn. For kvinner er det en klar alderstrend der opplevelsen av tilhørighet øker med økende alder. For menn er det også en alderstrend, men der økningen starter fra aldersgruppen 30-39 år og utover. I aldersgruppene 30-39 år, 40-49 år og 60-69 år er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der kvinner har høyere skår på opplevelsen av å høre til på stedet en bor. I aldersgruppene 50-59 år og 70+ år er forskjellene grensesignifikante. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,70 for kvinnene og 0,63 for mennene. Bant menn er det de som tilhører den nest yngste aldersgruppen som har lavest gjennomsnittlig skår.

3.48 Trygg på stedet

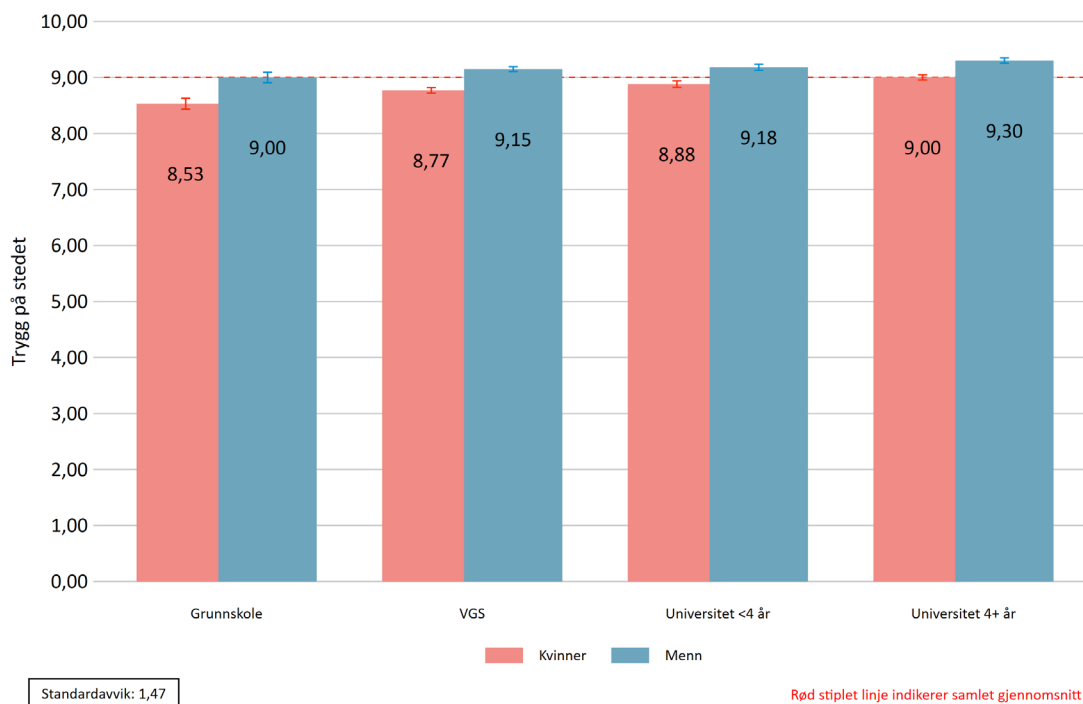
Totalt 35 107 deltakere av 35 191 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Trygg på stedet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **8,92** (KI95%: 8,90-8,94). Gjennomsnittet for kvinner var 8,73 (n=18 684; KI95% 8,70-8,76) og gjennomsnittet var 9,14 (n=16 423; KI95% 9,11-9,17) for menn..

Figur 134: Trygg på stedet på tvers av regioner i Rogaland



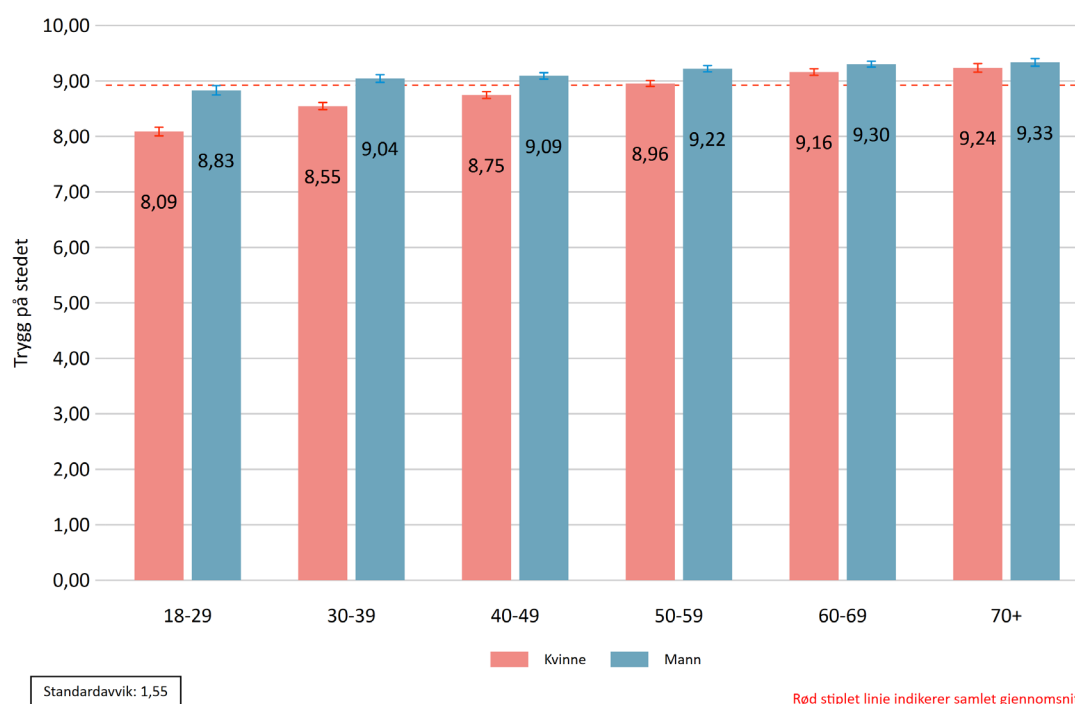
Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om en føler seg trygg når en er ute og går i nærmiljøet, på tvers av regionene i Rogaland. Dette spørsmålet var formulert slik: «Alt i alt, hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet?» Deltakerne svarte på en skala fra 0 til 10, der 0 vil si at de ikke er trygge i det hele tatt og 10 at de er svært trygge. Dalane og Ryfylke ligger signifikant over gjennomsnittet, mens Sør-Jæren og Nord-Jæren ligger signifikant under (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Ryfylke og Sør-Jæren/Nord-Jæren) er 0,28.

Figur 135: Trygg på stedet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på om en føler seg trygg når en er ute og går i nærmiljøet, etter utdanning og kjønn. For både kvinner og menn er det mulig å se en svak økning i opplevd trygghet med økende utdanningsnivå. Det er signifikante kjønnsforskjeller på alle utdanningsnivå, i favør av at menn i større grad enn kvinner rapporterer å føle seg trygge når de er ute og går i nærmiljøet. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med Lavest utdanning) er 0,30 for kvinnene og 0,20 for mennene.

Figur 136: Trygg på stedet fordelt på kjønn og alder, Rogaland

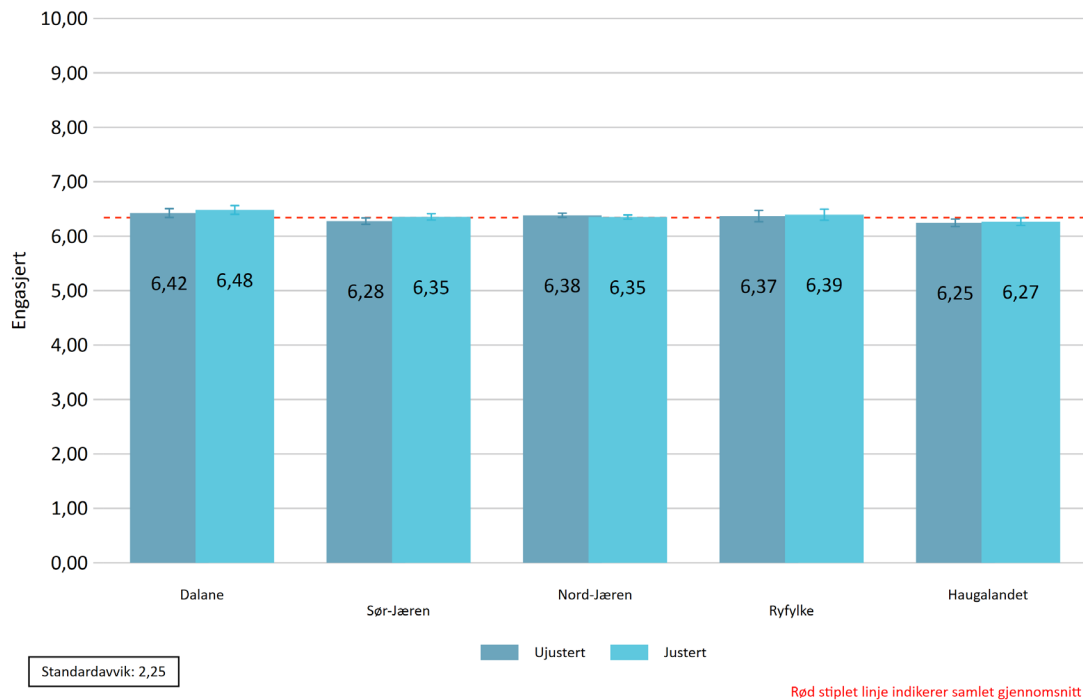


Figuren viser gjennomsnittlig skår på om en føler seg trygg når en er ute og går i nærmiljøet etter alder og kjønn. For kvinner er det en økning i opplevelsen av trygghet i nærmiljøet med økende alder frem til aldersgruppen 60-69 år. Blant menn ser en det samme mønsteret, der dette flater ut fra 50-59 år. I alle aldersgrupper rapporterer menn i større grad enn kvinner at de føler seg trygge i nærmiljøet, med statistisk sikre forskjeller i alle gruppene unntatt den eldste (70+ år). Cohens d for høyeste mot laveste verdi (eldste gruppe mot yngste gruppe) er 0,74 for kvinnene og 0,32 for mennene.

3.49 Engasjert

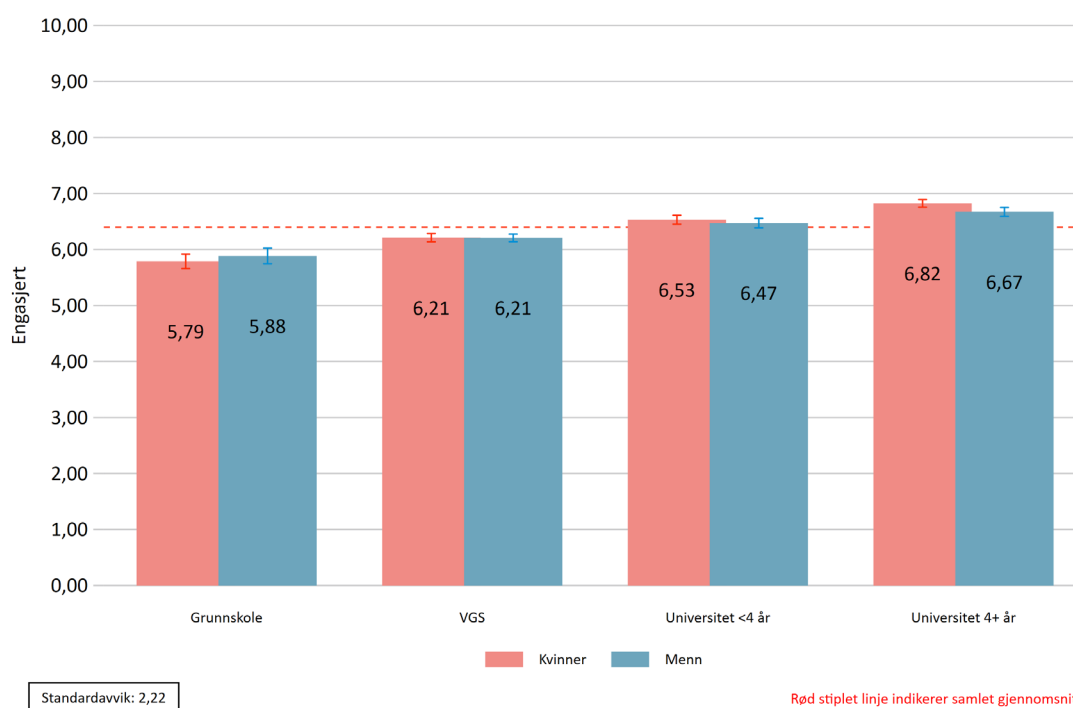
Totalt 35 055 deltakere av 35 191 (99,6 %) hadde gyldig besvarelse på Engasjert. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,34** (KI95%: 6,31-6,37). Gjennomsnittet for kvinner var 6,37 (n=18 651; KI95% 6,33-6,40) og gjennomsnittet var 6,31 (n=16 404; KI95% 6,27-6,35) for menn.

Figur 137: Engasjert på tvers av regioner i Rogaland



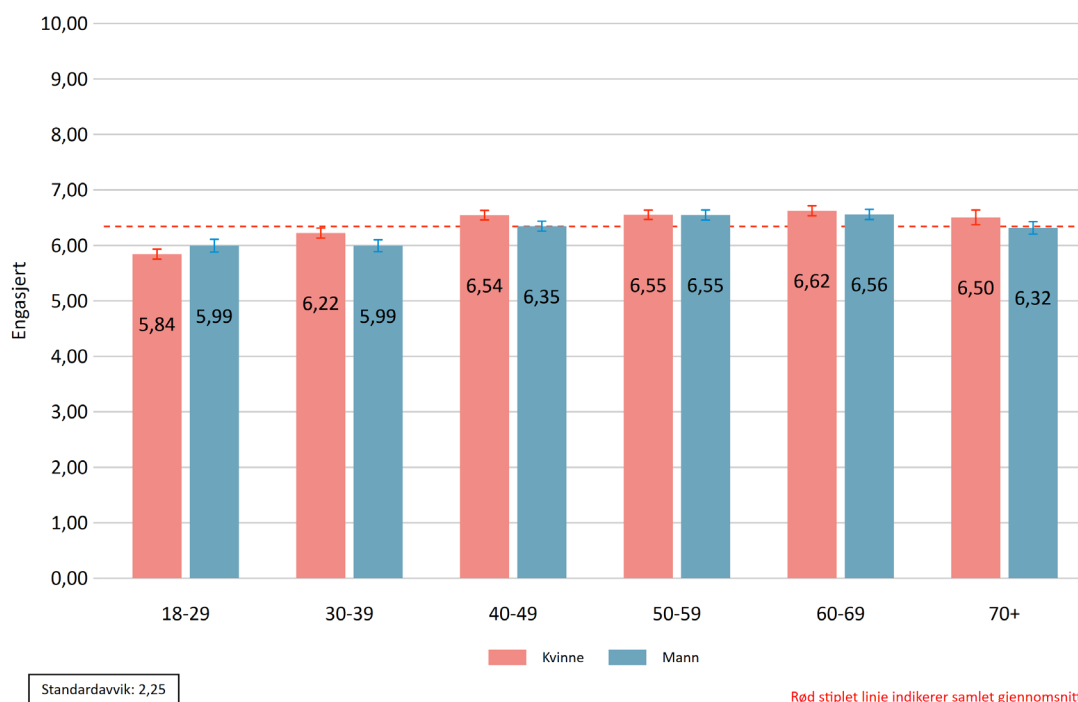
Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om å føle seg engasjert, på tvers av regionene i Rogaland. Spørsmålet var formulert slik: «Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du engasjert?» Deltakerne ble bedt om å oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr at en ikke opplevde følelsen i det hele tatt, og 10 betyr at en opplevde denne følelsen i svært stor grad. Sør-Jæren og Haugalandet ligger grense-signifikant under fylkesgjennomsnittet, mens Dalane og Ryfylke ligger grensesignifikant over (ujusterte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Dalane og Haugalandet) er 0,08.

Figur 138: Engasjert fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på om en føler seg engasjert etter utdanning og kjønn. For begge kjønn ser vi at det er en jevn økning i gjennomsnittsskåren med økende utdanningsnivå. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller i noen av utdanningsgruppene. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,46 for kvinnene og 0,35 for mennene.

Figur 139: Engasjert fordelt på kjønn og alder, Rogaland



Figuren viser gjennomsnittlig skår på om en føler seg engasjert etter alder og kjønn. Blant kvinner ser man en økning med alder frem til aldersgruppe 40-49 år, før dette flater ut. For menn kan man se en svak økning med alder frem til aldersgruppe 50-59 år, før dette flater ut. Fra aldersgruppen 60-69 år til aldersgruppen 70+ år er det en nedgang i gjennomsnittlig skår for menn, der forskjellen er statistisk sikker. I aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år er gjennomsnittlig skår for kvinner grensesignifikant høyere enn for menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,35 for kvinnene og 0,25 for mennene. Både blant menn og blant kvinner finner vi den høyeste gjennomsnittsskåren i den nest eldste aldersgruppen.

4 Oppsummering av resultater og diskusjon

4.1 Gjennomgang av funn etter tema

4.1.1 Materialets demografiske sammensetning

I vårt materiale var det 50,6 % som hadde høgskole eller universitetsutdanning, 54,2 % blant kvinner og 46,4 % blant menn (vektede tall). Dette er høyere enn tallene fra Statistisk sentralbyrå for hele befolkningen. Andelen i vårt materiale ligger blant kvinnene 16,1 prosentpoeng høyere enn for alle kvinner i Rogaland. Forskjellen blant menn er på 17,8 prosentpoeng. Siden tallene for landet og for fylket er regnet ut for alle som er 16 år eller eldre, mens vår undersøkelse i prinsippet omfatter alle som er 18 år eller eldre, er kontrastene egentlig enda litt større. De som er 16 eller 17 år gamle har ikke rukket å bli så gamle at de kan ha fullført noen høgskole- eller universitetsutdanning, og ville derfor, hvis de var med, trekke de populasjonstallene vi har regnet ut noe ned.

I statistikken fra Statistisk sentralbyrå opereres det med en kategori som ikke inngår i spørsmålet om utdanning i spørreskjemaet som brukes i Folkehelseundersøkelsene i fylkene, nemlig «Fagskolenivå». I hele Norge sett under ett var det i 2019 blant kvinnene 2,1 % som havnet i denne kategorien og blant menn var tallet 3,8 %. Hvis en del av de som har fagskole har krysset av for utdanning på universitets- eller høgskolenivå, fører det til at tallene for andel med høyere utdanning fra folkehelseundersøkelsene blir litt høyere enn de ellers ville vært.

I tillegg til dette opererer Statistisk sentralbyrå i sin statistikk med en gruppe som har noe utdanning fra høgskole eller universitet, men der denne utdanningen er av mindre enn to års varighet. Også disse plasseres av SSB i kategorien videregående skole eller tilsvarende. Dersom en del av disse, eller kanskje til og med de fleste, har krysset av for utdanning på høgskole- eller universitetsnivå i vårt spørreskjema, vil det bidra til at våre tall for andel med universitetsutdanning blir høyere enn tallene fra Statistisk sentralbyrå. Vi kan heller ikke se bort fra en viss overrapportering av utdanningsnivå.

Selv om vi tar hensyn til alt dette, er det sannsynligvis en overrepresentasjon av personer med høyere utdanning i vårt materiale. Men det er vanskelig å beregne hvor stor den er.

Siden en stor andel av utfallsvariablene viser sterk sammenheng med utdanning, ser det ut til at vektning for utdanning ville bidra til litt riktigere tall for hele fylket sett under ett. Problemet med en overrepresentasjon av de med høy utdanning har også vært til stede i de andre fylkene der undersøkelsen har vært gjennomført.

Kort oppsummert kan vi si at vi ville få mer presise totaltall for fylket ved å vekte tallene etter kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå. Når vi presenterer tall i subgrupper definert ved alder og kjønn, fjerner vi mye av problemet. Når vi presenterer tall for ulike utdanningsgrupper, separat for menn og kvinner og justert for alder, bidrar også dette til å korrigere for en del skjevheter.

4.1.2 Tilgang på tjenester og fasiliteter

I en rapport fra Transportøkonomisk institutt framgår det blant annet at nær 70 prosent av de eldre mener det er sentralt for deres livskvalitet å vite at de kan få transport eller komme seg ut når man trenger det. En reduksjon i transportmulighetene representerer det de kaller et «psykologisk alderstillegg». Svært få eldre liker dessuten tanken på å være avhengige av andre for å få transport, og de ønsker ikke å være til byrde for familie og venner. Det er bedre med et godt offentlig tilbud¹⁸.

Et godt transporttilbud bidrar selvsagt til alles livskvalitet i hverdagen. Og det samme gjør sannsynligvis et bredt spekter av tjenester og fasiliteter.

Andel som rapporterer om Svært god eller God tilgang på tjenester og fasiliteter er høyest når det gjelder Natur og friluftsområder (92,4 %). På andre og tredje plass kommer Butikker, spisesteder og andre servicetilbud (85,4 %) og Parker og andre grøntarealer (84,1 %). Nederst på listen kommer andel som rapporterer om Svært godt eller godt utbygde Gang- og sykkelveier (68,2 %) og til slutt Offentlig transport (58,5 %). De tjenestene som kommer dårligst ut er kanskje de som krever de største investeringene over offentlige budsjetter.

4.1.2.1 Fylker

I en tabell presentert i Appendiks til denne rapporten (Tabell A3) har vi presentert totaltall for samtlige 46 utfallsvariabler for Rogaland, Nordland, Agder og Troms/Finnmark. For 21 av disse har vi også gitt tall for Hordaland og Sogn og Fjordane.

Når det gjelder tilgang på tjenester og fasiliteter, skiller Rogaland seg nokså sterkt ut fra de andre fylkene. Andelen som svarte at de har Svært god eller God tilgang er høyere på fem av de seks områdene vi har spurt om:

- Kultur- og idrettstilbud (kino, bibliotek, svømmehall, idrettshall etc.) (Omtrent likt med Agder)
- Butikker, spisesteder og andre servicetilbud
- Offentlig transport
- Parker og andre grøntarealer
- Gang- og sykkelstier (Svært godt eller Godt utbygde)

Rogaland har litt lavere tall enn de andre på tilgang til Natur- og friluftsområder. Men forskjellen her er nokså liten. Og det spiller kanskje liten rolle så lenge Rogaland kom best ut på tilgang til Parker og andre grøntarealer.

4.1.2.2 Regioner

Internt i Rogaland fylke er det stor variasjon når det gjelder tilgang på offentlig transport. Best ut kommer Nord-Jæren med 67,8 % som rapporterer at de har Svært god eller God tilgang på offentlig transport. Den regionen som kommer dårligst ut er Dalane med 22,8 % (ujusterte tall). Også Ryfylke ligger lavt med 42,1 % som rapporterer at de har Svært god eller god tilgang. At Nord-Jæren kommer best ut kan forklares med at Sandnes og Stavanger ligger i denne regionen. Kollektivtransporten er selvsagt bedre utbygd i byområder enn i spredtbygde områder.

¹⁸ <https://www.toi.no/forskningsomrader/reisevaner/godt-transporttilbud-viktig-for-eldres-velferd-article30782-213.html>

Nord-Jæren kommer positivt ut på flere andre utfallsmål, først og fremst Kultur- og idrettstilbud (81,5 % rapporterer om Svært god eller God tilgang), Butikker, spisesteder og andre servicetilbud (87,2 %), Parker og andre grøntareal (85,7 %) og Svært godt eller Godt utbygde Gang- og sykkelveier (77,0 %). Men Nord-Jæren kommer dårligst ut på tilgang til Natur- og friluftsområder. Tallet er likevel så høyt som 90,5 %, og hva gjør vel det når de kommer best ut på Parker og andre grøntareal.

At Nord-Jæren kommer best ut på en rekke områder som gjelder tilgang til tjenester og fasiliteter handler selvsagt om at Nord-Jæren omfatter de to store byene i Rogaland. I alle de fylkene som til nå har gjennomført Folkehelseundersøkelser ser vi det samme mønsteret. Det er åpenbart enklere å sikre befolkningen god tilgang til tjenester og fasiliteter i tettbygde områder.

Haugalandet, som jo inkluderer Haugesund, har omtrent like gode resultater som Nord-Jæren på ett punkt, nemlig tilgang til Kultur- og idrettstilbud (80,0 % svarer Svært god eller God tilgang). Samtidig kommer Haugalandet relativt dårlig ut (sammenlignet med de andre regionene) på tilgang til Parker og andre grøntareal (79,7 %).

Ryfylke har de laveste prosentene som svarte at de har Svært god eller God tilgang på Kultur- og idrettstilbud (68,5 %), Butikker, spisesteder og andre servicetilbud (78,7 %) og Svært godt eller Godt utbygde Gang- og sykkelveier (35,0 %). Men Ryfylke kom godt ut når det gjaldt tilgang på Parker og andre grøntarealer (84,0 %).

Dalane kom svært godt ut på tilgang til Natur- og friluftsområder (96,5 %), men omtrent like dårlig ut som Ryfylke når det gjelder tilgang på Butikker, spisesteder eller andre servicetilbud (80,3 %). At de kom relativt dårlig ut på tilgang til Parker og andre grøntarealer (79,7 %) spiller kanskje mindre rolle, så lenge de kom så godt ut på Natur- og friluftsområder. Dalane fikk også svake tall på Gang- og sykkelveier (42,1 % som mente at de er Svært godt eller Godt utbygde).

Sør-Jæren kom positivt ut på andel som rapporterte om Svært god eller God tilgang på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud (86,3 %), tilgang på Parker og andre grøntareal (85,4 %) og svært godt eller godt utbygde Gang og sykkelveier (74,9 %).

4.1.2.3 Kjønn

Kjønnsforskjeller fant vi bare på én utfallsvariabel. Litt flere kvinner enn menn mente at Kultur- og idrettstilbudet var svært godt eller godt. Forskjellen var på 4,2 prosentpoeng.

4.1.2.4 Utdanning

Sammenhengene med utdanningsnivå var svært svake. Sterkest sammenheng fant vi på tilgang på Parker og andre grøntareal der andelene som svarte Svært god eller God tilgang økte svakt med utdanningsnivået fra 82,4 (grunnskole) til 89,2 % (minst fire år på universitet eller høyskole) blant kvinner og fra 81,8 til 86,3 % blant menn.

4.1.2.5 Alder

På de fleste områder øker tilfredsheten noe med alderen. Dette gjelder Kultur- og idrettstilbud, tilgang på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud, Offentlig transport Natur- og friluftsområder og Parker og andre grøntareal. Vi vet ikke sikkert om de unge bor i områder der tilgangen til tjenester og fasiliteter faktisk er dårligere enn der de eldre bor. Det kan alternativt tenkes at de yngre stiller noe større krav.

Kort oppsummert:

Andel som oppgav Svært god eller God tilgang på tjenester og fasiliteter var høyere i Rogaland enn i de andre fylkene på fem områder (nokså likt med Agder på Kultur- og idrettstilbud), og litt under de andre fylkene på det sjette området (Tilgang til natur- og friluftsområder).

Internt i Rogaland fylke er der stor variasjon når det gjelder tilgang til offentlig transport. Best ut kommer Nord-Jæren. Dårligst ut kommer Dalane. Høye andeler rapporterer om Svært godt eller Godt utbygde Gang- og sykkelveier på Sør-Jæren og Nord-Jæren, mens tallene for Ryfylke og Dalane ligger temmelig lavt. Ryfylke og Dalane kommer ut med lavest tall for Kultur- og idrettstilbud og for tilgang på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Ingen regioner er best på alt eller dårligst på alt.

Forskjellene mellom menn og kvinner og over utdanningsgrupper på andel som oppgav Svært god eller God tilgang på tjenester og fasiliteter er jevnt over små. Men tilfredsheten med mange tilbud øker noe med alderen, selv om sammenhengene ikke alltid er lineære.

4.1.3 Deltakelse i aktiviteter og engasjement

Det å ta del i organiserte og uorganiserte aktiviteter er en kilde til å holde ved like et godt lokalmiljø, velfungerende sosiale nettverk, til å utvikle vennskap og til å være med å påvirke samfunnet rundt seg. Dette å bli i stand til å påvirke samfunnet rundt seg blir ofte kalt myndiggjøring (empowerment) og er en sentral komponent i det helsefremmende arbeidet slik det blant annet beskrives i Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid [14].

Ett av spørsmålene i livskvalitetsdelen av spørreskjemaet handler om engasjement. Det er naturlig å se svarene på dette spørsmålet i sammenheng med deltakelse i organiserte og andre aktiviteter. Det viser seg da også at det å oppleve seg selv som engasjert henger sterkt sammen med deltakelse i aktiviteter. Blant de som oppgir at de daglig deltar i organiserte aktiviteter, er gjennomsnittlig skår på «Engasjement» 7,62 (skala fra 0 til 10). Blant de som oppgir at de aldri deltar i organiserte aktiviteter er gjennomsnittlig skår 5,67. Forskjellen tilsvarer en effektstørrelse som er såpass høy som 0,87. Tilsvarende effektstørrelse for «Andre aktiviteter» var 1,02. Jo hyppigere en deltar i organiserte og andre aktiviteter, desto høyere skåres det gjennomsnittlig på «Engasjement». Sammenhengene er sterke.

4.1.3.1 Fylker

Andelen som rapporterer at de deltar i organiserte aktiviteter ukentlig eller oftere i Rogaland (27,6 %) ligger omtrent på nivå med Nordland (26,9 %), litt høyere enn Troms/Finnmark (24,8 %) men et stykke lavere enn Agder (32,8 %). Siden spørsmålene ble stilt på en litt annen måte og svarkategoriene er endret, kan vi ikke sammenligne direkte med Hordaland og Sogn og Fjordane. Når det gjelder deltakelse i andre aktiviteter, ligger Rogaland på nivå med de andre fylkene. Igjen ligger Agder noe høyere.

Rogaland skiller seg heller ikke så mye fra de andre fylkene på utfallsålet «Engasjert». Igjen er det Agder som har høyest gjennomsnittlig skår, men målt i effektstørrelser er forskjellene små.

4.1.3.2 Regioner

Andelen som oppgav at de deltok i organiserte aktiviteter ukentlig var høyest i Dalane (31,0 %) og Sør-Jæren (30,4 %) og ubetydelig lavere i de andre regionene. Også når det gjaldt deltakelse i andre aktiviteter kom Dalane (56,1 %) og Sør-Jæren (55,6 %) ut med høyest tall, men igjen var forskjellene små.

Forskjellene mellom regionene innen fylket på utfallsvariabelen «Engasjert» var små. Effektstørrelsen når vi sammenligner regionen med høyest skår (Dalane) med den regionen som har lavest skår (Haugalandet) er bare 0,08.

4.1.3.3 Kjønn

Andelen som svarte at de deltok i organiserte aktiviteter ukentlig var omtrent den samme for menn og kvinner i Rogaland. Forskjellen var større på «Andre aktiviteter» der kvinnene lå 8,4 prosentpoeng høyere enn mennene. Vi fant heller ikke noen nevneverdig forskjell mellom menn og kvinner på utfallsmålet «Engasjert».

4.1.3.4 Alder

Alder viser en litt mer kompleks sammenheng med aktivitets- og engasjementsvariablene. Andelen som deltar i organiserte aktiviteter er høyest blant de mellom 40 og 49, og tar seg kraftig opp igjen i 70-års alderen. Andelen som deltar i andre aktiviteter er høyest blant de yngste (18-29) og tar seg opp igjen fra 50-års alderen blant kvinner og ved overgangen til pensjonsalderen blant menn. Skåren på «Engasjert» øker svakt og litt uregelmessig over aldersgrupper, men avtar så litt blant menn rundt 70. Når andelen som deltar i organiserte aktiviteter øker ved overgangen til pensjonsalderen, kan det ha flere forklaringer. En mulig forklaring er at mange opplever å miste ektefellen når de kommer opp i årene, og at de derfor kanskje engasjerer seg i foreningsarbeid eller andre aktiviteter. Når en blir pensjonist får en dessuten gjerne mer fritid, og har kanskje behov for å erstatte de sosiale kontaktene en har hatt i jobben med andre sosiale kontakter.

4.1.3.5 Utdanning

Andelen som oppgav at de deltok organiserte aktiviteter ukentlig eller oftere økte sterkt med utdanningsnivået. Blant kvinnene observerte vi mer enn dobling fra de med bare grunnskole (16,6 %) til de med minst fire års universitetsutdanning (33,5 %). Forskjellen mellom utdanningsgruppene var nesten like stor for mennenes del. Andelen oppgav at de deltok ukentlig eller oftere i andre aktiviteter økte også med utdanningsnivået, men ikke fullt så sterkt og mest blant kvinner. Forskjellen mellom de med høyest og de med lavest utdanning i «Engasjement» målt i effektstørrelse var på 0,46 blant kvinnene og 0,35 blant mennene, med andre ord middels store forskjeller.

Kort oppsummert kan en si at det først og fremst er utdanningsnivået som henger sammen med deltakelse og engasjement. Jo høyere utdanningsnivå, desto høyere skår på «Engasjement» og jo høyere andel deltar ukentlig eller oftere i organiserte og til en viss grad også uorganiserte aktiviteter. En litt høyere andel blant kvinnene rapporterte at de deltok ukentlig eller oftere i «Andre aktiviteter». Deltagelse både i organiserte og uorganiserte aktiviteter går litt opp rundt 70-års alderen, uten at det samme skjer med utfallsvariabelen «Engasjert».

4.1.4 Kosthold, fysisk aktivitet og fedme

Av alle tapte leveår med full førlighet (DALYs) (Norge) som kan forebygges, skyldes 39 prosent atferd, 22 prosent skyldes en kombinasjon av atferd og metabolske faktorer og 4 prosent en kombinasjon av atferd og miljømessige faktorer¹⁹. Endring av helserelaterte atferdsmønster er derfor en helt sentral oppgave innen folkehelsearbeidet. Kosthold og fysisk aktivitet henger nært sammen med fedme. Det er derfor naturlig å se disse i sammenheng.

4.1.4.1 Fylker

Rogaland skiller seg ikke ut fra de andre fylkene som har deltatt i FHUS når det gjelder kosthold. I likhet med de øvrige fylkene er det åpenbart at en kunne øke andelen som sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk (42,0 %), som spiser frukt eller bær daglig (29,4 %), eller spiser grønnsaker daglig (40,0 %). På disse tre områdene er det åpenbart rom for bedring. Inntak av fisk én dag i uken eller oftere ligger mellom omtrent 75 % og 85 % i alle fylkene. Tallet for Rogaland er midt mellom disse ytterpunktene (79,4 %).

Rogaland ligger høyest av de fire fylkene vi har sammenlignbare data fra på andel som er fysisk aktive (så mye at de blir andpustne og svette minst 4 ganger per uke i minst ½ time hver gang) (22,4 %). Samtidig ligger Rogaland høyest på antall timer stillesitting per dag i hverdagen (6,88 timer). Og sist, men ikke minst har Rogaland den klart laveste andelen med en kroppsmasseindeks på minst 30 (16,2 %). Her er kontrasten til de andre fylkene nokså stor.

Når vi skal fortolke disse forskjellene vi finner mellom fylkene, er det viktig å være klar over at tallene ikke er populasjonsvektet. Siden frafallsprofilen er nokså lik fra fylke til fylke, med en underrepresentasjon av unge menn og eldre kvinner samt en deltakelsesprosent som øker med økende utdanning, kan det tenkes at forskjellene mellom fylkene ikke ville endre seg så mye ved populasjonsvekting. Men helt sikre kan vi ikke være. Det er derfor grunn til bare å legge vekt på de forskjellene mellom fylkene som er nokså store.

4.1.4.2 Regioner

Forskjellene i kosthold, fysisk aktivitet og fedme over regioner i Rogaland er jevnt over svært små. Men litt variasjon finner vi.

Nord-Jæren merker seg positivt ut ved å ha en relativt høy andel som sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk (44,1 %) og som spiser grønnsaker daglig (42,1 %). Andel med fedme var lavere i Nord-Jæren enn i noen av de andre regionene (14,6 %).

Antall timer stillesitting på hverdager var også høyere på Nord-Jæren enn i de andre regionene (7,11).

Ryfylke ligger høyt på daglig inntak av grønnsaker (40,7 %) og høyt på andel med en kroppsmasseindeks på minst 30 (19,3 %) (bare signifikant høyere enn Nord-Jæren).

Haugalandet har den høyeste andelen (i vårt utvalg) som røyker daglig (9,7 %), men skiller seg likevel lite og ikke-signifikant fra de øvrige regionene. Haugalandet ligger signifikant høyere enn bare en av de andre regionene, nemlig Nord-Jæren. Litt kontrast til

¹⁹ Global Burden of Disease database 18.03.2020. <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>

de andre regionene finner vi på andel som er moderat fysisk aktive minst 4 dager i uken i minst ½ time hver gang (19,0 %). De andre ligger på mellom 22,2 og 24,3 %.

Dalane ligger så vidt over gjennomsnittet for hele fylket på daglig inntak av frukt og bær (31,9 %) og når det gjelder andel som er moderat fysisk aktive (24,3 %).

Sør-Jæren har den laveste andelen som sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk (36,7 %), signifikant lavere enn de andre regionene, bort sett fra Dalane. Sør-Jæren har også den laveste andelen som spiser fisk minst en gang i uken (75,6 %).

Målt i prosentpoeng er forskjellene mellom regionene i Rogaland små. Største forskjellen mellom regionen med høyeste og laveste prosenttall finner vi for det å aldri drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk der Nord-Jæren hadde det høyeste tallet og Sør-Jæren det laveste. Forskjellen var på 7,3 prosentpoeng. De øvrige forskjellene mellom regionen med høyeste og laveste tall varierte mellom 4,2 og 5,7 prosentpoeng og på den metriske variabelen tilsvarende differansen en effektstørrelse på 0,20 (liten forskjell). Forskjellene er beskjedne.

4.1.4.3 Kjønn

Kvinner kommer bedre ut enn menn på nokså mange utfallsmål som handler om kosthold, fysisk aktivitet og fedme. Andelen som sjelden eller aldri drikker sukkerfri brus eller leskedrikk er 49,2 % blant kvinner og 33,7 % blant menn. Flere kvinner enn menn spiser frukt eller bær daglig (36,3 % mot 21,5 %). En større andel kvinner enn menn spiser grønnsaker daglig (49,1 % mot 29,7 %).

Det var derimot ingen nevneverdig kjønnsforskjell i andel som spiste fisk minst en gang i uka. Andel med fedme var litt lavere blant kvinner (15,0 %) som blant menn (17,5 %). Det var ingen vesentlig kjønnsforskjell i andel som var moderat fysisk aktive fire eller flere dager i uken.

Gjennomsnittlig rapporterte mennene om 22 minutter mer stillesitting per dag enn det kvinnene gjorde. I lys av at dette er en variabel som sannsynligvis har lav reliabilitet, noe som gjerne svekker sammenhenger og forskjeller, skal vi ikke se bort fra at denne forskjellen er viktig.

4.1.4.4 Alder

Jo høyere alder, desto bedre rapportert kosthold. Dette gjelder andelene som sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk, som spiser frukt og bær daglig, spiser grønnsaker daglig (ikke helt lineær sammenheng) og andel som spiser fisk ukentlig. Antall timer stillesitting per dag er høyest i yngste aldersgruppe (18-29) og lavest blant de eldste (70+).

Men vi finner noen unntak fra regelen om at jo høyere alder, desto gunstigere helserelatert atferd. Andel som er fysisk aktive er høyest i yngste aldersgruppe (18-29 år), synker deretter nokså sterkt, men øker helt til tett oppunder pensjonsalderen. Andel som har fedme er høyest blant de som tilhører aldersgruppen (50-59 år) og lavest blant de yngste og de eldste.

4.1.4.5 Utdanning

Jo lenger utdanning, desto høyere andeler er det som har et helsemessig gunstig kosthold. Dette gjelder andel som sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk,

spiser frukt og bær daglig, spiser grønnsaker daglig, andel som spiser fisk ukentlig og andel som (minst) er moderat fysisk aktive. Andel med fedme synker sterkt med utdanningsnivå, halveres fra de med grunnskoleutdanning til de med lang universitets- eller høgskoleutdanning. Sammenhengene er fra middels sterke til sterke, og som regel lineære eller nesten lineære.

Antall timer stillesitting per dag er høyest blant de med utdanning på høgskole- eller universitetsnivå.

Kort oppsummert: Rogaland ligger høyest av de fire fylkene vi har sammenlignbare data fra på andel som er fysisk aktive (så mye at de blir andpustne og svette minst 4 ganger per uke i minst ½ time hver gang). Samtidig ligger Rogaland høyest på antall timer stillesitting per dag i hverdagen. Og sist, men ikke minst har Rogaland den klart laveste andelen med en kroppsmasseindeks på minst 30.

Forskjellene i kosthold, fysisk aktivitet og fedme over regioner i Rogaland er jevnt over små. Største forskjellen mellom regionen med høyeste og laveste prosenttall finner vi for det å aldri drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk der Nord-Jæren hadde det høyeste tallet og Sør-Jæren det laveste. Andel med fedme var lavere i Nord-Jæren enn i noen av de andre regionene. Antall timer stillesitting på hverdager var også høyere på Nord-Jæren enn i de andre regionene.

Kvinner kommer bedre ut enn menn på tre av de fire kostholdsvariablene (Sjelden eller aldri inntak av sukkerholdig brus eller leskedrikk, daglig inntak av Frukt og bær, daglig inntak av Grønnsaker), og gjennomsnittlig sitter de stille noe kortere tid enn mennene i hverdagen.

Jo høyere alder, desto bedre rapportert kosthold. Dette gjelder inntak av sukkerholdig brus eller leskedrikk, frukt og bær, grønnsaker (ikke helt lineær sammenheng) og fisk. Antall timer stillesitting per dag er høyest i yngste aldersgruppe (18-29) og lavest blant de eldste (70+).

Men vi finner noen unntak fra regelen om at jo høyere alder, desto gunstigere helse relatert atferd. Andel som er fysisk aktive (så mye at de blir andpustne og svette minst 4 ganger per uke i minst ½ time hver gang) er høyest blant de yngste og de eldste (litt nedgang fra nest eldste til eldste hos kvinner). Andel som har fedme er lavest blant de yngste og de eldste.

Andel med fedme synker sterkt med utdanningsnivå. Likevel viser det seg at antall timer stillesitting per dag er høyest blant de med utdanning på høgskole- eller universitetsnivå.

4.1.5 Røyking, snus og bruk av alkohol

Selv om tobakksrøykingen har gått kraftig tilbake i Norge de to siste ti-årene, er røyking fremdeles et stort problem i store deler av verden. Verdens helseorganisasjon pekte allerede i 2011 på at det globalt den gangen årlig var fem millioner mennesker som døde av røyking, og at de ventet at tallet ville stige til mer enn åtte millioner²⁰. I Norge har bruken av snus økt sterkt de senere årene. Stadig flere av de som bruker snus gjør det uten først å ha vært røykere. I en rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2019 blir det hevdet at snus trolig langt fra er et risikofritt alternativ og at bruken av snus sannsynligvis har en rekke helsemessig negative konsekvenser²¹. Helserisikoen ved bruk av e-sigaretter vet vi

²⁰

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44815/9789241564434_eng.pdf;jsessionid=28FD13777F021D3B243E249EABEF8A81?sequence=1

²¹ <https://www.fhi.no/nyheter/2019/helserisiko-ved-snus/>

foreløpig mindre om²². Det vurderes likevel å ta inn spørsmål om e-sigaretter i framtidige folkehelseundersøkelser i fylkene. I det skjemaet som er brukt i Rogaland, dekkes røyking og bruk av snus.

4.1.5.1 Fylker

Andel som røyker daglig i dataene fra FHUS-undersøkelsene er lavere i Rogaland enn i noen av de andre fylkene (7,9 %) (signifikant lavere enn i Troms og Finnmark, Agder og Nordland). Bruken av snus (11,4 %) er omtrent like utbredt som i Agder, Hordaland og Sogn og Fjordane, men klart lavere enn i Nordland og Troms og Finnmark. Andel som drikker alkohol to ganger i uken eller oftere er høyere enn i de andre fylkene (22,2 %). Andel som månedlig drikker minst seks enheter alkohol ved én og samme anledning er høyt (19,2 %) og på samme nivå som Agder (19,6 %).

4.1.5.2 Regioner

Nord-Jæren Andel dagligrøykere er lavere på Nord-Jæren enn i noen av de andre regionene (6,9 %). Samtidig ligger Nord-Jæren høyt på andel som drikker alkohol to ganger i uken eller oftere (25,5 %) og andel som har et episodisk høyt forbruk av alkohol (20,6 %).

Ryfylke ligger lavt på episodisk høyt forbruk av alkohol (15,9 %).

Haugalandet har den høyeste andelen (i vårt utvalg) som røyker daglig (9,7 %), men skiller seg likevel lite og ikke-signifikant fra de øvrige regionene. Haugalandet ligger signifikant høyere enn bare en av de andre regionene, nemlig Nord-Jæren.

Dalane skiller seg ikke ut på noen av utfallsvariablene som har med røyking, bruk av snus og alkohol å gjøre.

Sør-Jæren skiller seg heller ikke ut på noen av utfallsvariablene som har med røyking, bruk av snus og alkohol å gjøre.

4.1.5.3 Kjønn

Andelen som røyker daglig var nokså lik for menn og kvinner. Andelen som snuste daglig var derimot dobbelt så høy blant menn (15,5 %) som blant kvinner (7,8 %). Flere menn enn kvinner drakk alkohol 2 ganger i uken eller oftere (27,0 % mot 18,0 %). Det episodisk høye inntaket av alkohol var langt mer utbredt blant menn (26,8 %) enn blant kvinner (12,5 %).

4.1.5.4 Alder

Andel som røyker daglig er lavest blant de yngste og de eldste (omvendt u-kurve). Andel som bruker snus daglig faller svært sterkt med alderen. Andel som drikker alkohol minst to ganger per uke øker sterkt med alderen. Tobakksbruken blant de yngste av de voksne er interessant. Når andelen røykere er svært lav blant de unge, er det fordi røykingen er på vei ut, og at vi kanskje har nådd siste fase i den prosessen. Når andelen som bruker snus daglig er høy blant de unge, er det fordi snusen en stund har vært på vei inn.

Det episodisk høye forbruket av alkohol er klart mest utbredt i yngste aldersgruppe. Dette er nok først og fremst en alderseffekt og ikke en kohort-effekt. Andelen med et episodisk høyt forbruk synker naturlig nok med alderen fordi mange stifter familie, får barn og må

²² <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/helserisiko-ved-bruk-av-e-sigaretter-pdf.pdf>

prioritere jobb og familie framfor venner og uteliv på kveldstid. Slik har det vært lenge, og slik vil det nok fortsette.

4.1.5.5 Utdanning

Tidligere undersøkelser har vist at jo høyere utdanning, desto helsemessig gunstigere helse relatert at ferde. Slik er det på de fleste områder, men ikke på alle. I materialet fra Rogaland finner vi at jo høyere utdanning, desto lavere er andelen som røyker eller bruker snus daglig. Andel daglig røykere er mer enn fire ganger høyere (både blant menn og blant kvinner) fra de med høyest til de med lavest utdanning. Forskjellen er langt mindre når det gjelder bruk av snus, men går i samme retning.

Bruk av alkohol er et litt annet kapittel. Andelen som drikker alkohol øker med nivået på utdannelsen med omtrent en dobling fra laveste til høyeste nivå på utdannelsen. Det episodisk høye forbruket, det vi kanskje kan si er det farligste forbruket, går svakt i motsatt retning. Her er synker tallene med utdanningsnivået.

Kort oppsummert: I datamaterialet fra Rogaland er andelen som røyker daglig litt lavere enn i de dataene vi har fra andre fylker. Men samtidig er tallene for alkoholbruk relativt høye (det jevne forbruket: Inntak av alkohol minst to ganger per uke; det episodisk høye forbruket: Månedlig minst seks enheter alkohol ved én og samme anledning). Nord-Jæren er den regionen som trekker ned tallene på røyking og trekker opp tallene på alkoholbruk i Rogaland. Det episodisk høye forbruket av alkohol er minst utbredt i dataene fra Ryfylke, men kontrastene til de andre regionene, bort sett fra Nord-Jæren, er små. Bruken av snus og alkohol er langt mer utbredt blant menn enn blant kvinner. Bruken av tobakk og det episodisk høye forbruket av alkohol synker med økende utdanning. Blant de yngste voksne er daglig røykingen nesten helt ute, mens den daglige bruken av snus har stor utbredelse.

4.1.6 Selvrapportert helse, skader og funksjonsevne

Når deltakerne i en undersøkelse som denne blir bedt om å svare på globale spørsmål om sin egen helse, kan en innvende at slike selv-rapporter kan være unøyaktige og at noen grupper i befolkningen kanskje har en tendens til å være mer positive eller negative i sin rapportering enn andre. Dette ble undersøkt i en studie basert på data fra HUNT. De fant at ingen av gruppene var systematisk mer negative enn andre. Forfatterne konkluderte med at deres studie øker troverdigheten av funn i studier der man benytter selvrapporterte surveyundersøkelser til å undersøke forskjeller mellom grupper [15].

Skader representerer en belastning både på de som skades, ofte også deres nærmeste, og på helsevesenet. Skader kan forebygges. Mange av tiltakene koster lite og gir effekter som kommer raskt²³.

4.1.6.1 Fylker

Andelen som rapporterer at de har god eller svært god helse i materialet fra Rogaland (75,7 %) er omtrent den samme som i Vestland (Hordaland og Sogn og Fjordane). I det foreliggende datamaterialet ligger Rogaland og Vestland litt høyere enn Agder, Nordland og Troms og Finnmark. Rogaland kom også best ut på «Svært god» eller «God» tannhelse (76,4 % mot 67,4 til 74,7 i dataene fra de andre fylkene). Andelen som sier at det er mer

²³ <https://www.skafor.org/forebygging/forebygging---hvordan/>

enn to år siden de var hos tannlege eller tannpleier er lavere i dataene fra Rogaland (9,4 %) enn i dataene fra de øvrige fylkene (fra 10,4 til 14,3 %).

Andelen som rapporterte at de hadde vært utsatt for minst én skade, som var såpass alvorlig at de måtte oppsøke lege eller tannlege i løpet av siste 12 måneder, er litt lavere i materialet fra Rogaland (16,0 %) enn i dataene fra de øvrige fylkene (fra 17,2 til 18,8 %). Andelen som rapporterte at de har stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade er også lavere i Rogalands-dataene (4,6 %) enn i dataene fra de andre fylkene (fra 5,8 til 6,1 %). Også andel som sier at hverdagen i stor grad er påvirket av helseproblemer er lavere i materialet fra Rogaland (9,2 %) enn i dataene fra de andre fylkene (fra 11,4 til 12,0 %).

4.1.6.2 Regioner

Andel som rapporterte at de hadde god eller svært god helse varierte lite over regioner i Rogaland. Nord-Jæren hadde litt høyere tall (77,3 %) enn de andre regionene (73,5 til 74,4 %), men differansen ble enda mindre når det ble justert for kjønn, alder og utdanning.

Andelen som rapporterte at de hadde svært god eller god tannhelse, varierte heller ikke mye over regionene. Bare Haugalandet lå signifikant under tallet for hele fylket både når vi ser på ujusterte og justerte prosent (73,1 % ujustert).

Andelen som rapporterte at det var mer enn to år siden sist de var til tannlege eller tannpleier var lavest og dermed gunstigst i Dalane og Sør-Jæren (både ujusterte og justerte tall). Forskjellen mellom regionen med høyest tall (10,0 %) og regionen med lavest tall (7,0 %) tilsvarer imidlertid bare en effektstørrelse på 0,10.

Ryfylke lå litt lavere enn de andre regionene i andel som rapporterte at de hadde vært utsatt for skade siste 12 måneder (14,2 % ujustert og 14,0 % justert), men igjen er kontrasten til de andre regionene liten.

Vi fant heller ikke noen nevneverdig forskjell mellom regioner i andel som rapporterte stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade, eller hverdag i stor grad påvirket på grunn av helseproblemer.

4.1.6.3 Kjønn

Andelen som mente de hadde svært god eller god helse var temmelig lik for kvinner og menn (76,1 og 75,2 %). Det var likevel en høyere andel blant kvinner (10,6 %) enn blant menn (7,6 %) som rapporterte om helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen (Cohens $h = 0,10$).

Men det var en høyere andel kvinner (79,6 %) enn menn (72,8 %) som mente at de hadde god eller svært god tannhelse. Forskjellen var med andre ord på 6,8 prosentpoeng eller en Cohens h på 0,16. Det var også en lavere andel kvinner enn menn som rapporterte at det var mer enn to år siden sist de hadde vært til tannlege (7,7 mot 11,4 %; Cohen's $h = 0,13$). Tilsvarende kjønnsforskjeller har vi funnet i andre fylker som har gjennomført folkehelseundersøkelser. Det kan være en kombinasjon av en helserelatert motivasjon og et ønske om å se bra ut som skaper disse konsistente kjønnsforskjellene. Dette forutsatt at disse formene for motivasjon er sterkere hos kvinner enn hos menn.

En litt høyere andel menn enn kvinner rapporterte at de hadde blitt utsatt for skade, 17,7 % mot 14,4 % (Cohens $h=0,09$). Vi fant likevel ikke noen vesentlig kjønnsforskjell i andel med stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade.

4.1.6.4 Alder

Andel som rapporterte at de hadde god eller svært god helse varierer lite med alderen, men er lavest hos de eldste mennene (71,4 %) og blant kvinner mellom 50 og 59 (73,5 %)

Andel som svarte at de har helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen øker gradvis over aldersgruppene inntil 50-59 år, men mest blant kvinner (fra 7,9 til 13,2 %) (Cohens $h=0,17$). Blant kvinnene synker deretter andelen med alder (til 8,8 %). Blant menn er tallene nokså uforandrede fra 50-59 år og oppover. Her kan vi ikke se bort fra at vi grunnet elektronisk datainnsamling får for positive (lave) tall, særlig blant de eldste kvinnene. Dersom de som er tilgjengelige via elektroniske medier har bedre helse enn de som ikke er tilgjengelige via elektroniske medier, kan det forklare hvorfor de eldste kvinnene kommer så godt ut. Men dette vet vi for lite om til å si noe sikkert.

Andel som rapporterte at de har god eller svært god tannhelse er temmelig lav blant mennene i den yngste aldersgruppen (18-29 år) (66,2 %), og i denne aldersgruppen er kjønnsforskjellen nokså stor (79,1 % blant kvinner) (Cohens $h=0,29$).

Andelen som rapporterer at det var mer enn to år siden de var hos tannlegen er høyest hos de i aldersgruppen 30-39 år (13,1 % blant kvinner og 20,9 % blant menn, Cohens $h=0,21$), synker deretter med alderen for å flate ut eller kanskje øke litt ved 70. Blant menn reduseres andelen fra nest yngste (30-39) til nest eldste (60-69) aldersgruppe fra 20,9 til 4,8 %, Cohens $h=0,51$) for deretter å flate ut. Blant kvinner reduseres andelen i de samme aldersgruppene fra 13,1 % til 3,1 % (Cohens $h=0,39$). At det blir kortere mellom tannlegebesøkene med alderen kan både skyldes at tennene trenger hyppigere ettersyn og at økonomien blir bedre.

Andelen som rapporterte at de hadde vært utsatt for skade som har medført at de har oppsøkt lege eller tannlege siste 12 månedene er høyest i yngste aldersgruppe (begge kjønn) (16,4 % blant kvinner og 23,0 % blant menn), og synker med alderen blant menn. Kjønnsforskjellen (høyest andel skadede blant menn) er størst i de to yngste aldersgruppene (Cohens $h=0,17$ og $0,19$ hos de yngste og de nest yngste).

Andel som svarte at de har stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade stiger både blant menn og kvinner inntil aldersgruppen 50-59, fra 2,6 % til 7,0 % blant kvinner (Cohens $h=0,22$) og fra 2,1 % til 5,1 % blant menn (Cohens $h=0,18$).

4.1.6.5 Utdanning

Det meste blir bedre med økende utdanningsnivå. Dette gjelder andel som rapporterte at de hadde god eller svært god helse (stiger sterkt), andel som rapporterte at de har helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen (synker sterkt), andel med god eller svært god tannhelse (stiger sterkt) og andel som rapporterte at det er mer enn to år siden de var hos tannlegen (synker nokså sterkt inntil nest høyeste utdanningsnivå). Andelen som svarte at de har stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade synker relativt kraftig med økende utdanning.

***Kort oppsummert:** På alle utfallsmål som dreier seg om selvrapportert helse (svært god eller god helse, svært god eller god tannhelse), selvrapporterte skader (minst en skade siste 12 måneder, og så alvorlig at en måtte oppsøke lege eller tannlege) og funksjonsevne (i stor grad nedsatt; hverdagen i stor grad påvirket) var tallene basert på datamaterialet fra Rogaland bedre enn de øvrige fylkene eller på linje med de beste av de øvrige fylkene.*

Forskjellene mellom regionene var små på alle de utfallsmålene som dreier seg om selvrapportert helse, selvrapporterte skader og funksjonsevne i hverdagen.

Andelen kvinner som rapporterer om god eller svært god tannhelse var høyere hos kvinner enn menn, og det ser også ut til at kvinnene oftere oppsøker tannlege eller tannpleier. Andelen skadede siste år er litt høyere blant menn enn blant kvinner. Flere kvinner enn menn rapporterer helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen.

Variasjonen i selvrapportert helse over aldersgrupper var på ingen måte entydig. Andel som rapporterte at de hadde god eller svært god helse synker forbausende svakt med alderen både blant kvinner og menn. Andelen som rapporterte at det var mer enn to år siden de var hos tannlegen synker nokså sterkt med økende alder fra nest yngste til nest høyeste aldersgruppe. Kjønnforskjellen i andel som har vært utsatt for skader (høyest blant menn) er størst blant de yngste.

Når det gjelder utdanningsnivå er bildet nokså entydig og de fleste sammenhengene sterke. Med økende utdanning blir alt bedre.

4.1.7 Psykiske plager og aspekter av livskvalitet

Helse henger nært sammen med livskvalitet²⁴. Høy livskvalitet kan sees som en viktig beskyttelsesfaktor mot – snarere enn motpolen til – psykisk sykdom. Livskvalitet og trivsel synes også å ha positive konsekvenser for den fysiske helsetilstanden, muligens på grunn av positive effekter på sosiale relasjoner, livsstil og helseatferd, stress, ulykkesforekomst og generell mestring, men også på grunn av de positive virkningene høy livskvalitet har både på immunforsvaret og på hjerte- og karsystemet.

4.1.7.1 Fylker

Begrepet livskvalitet ble definert bredt i rapporten fra Nes og medarbeidere som ble publisert i 2018 [12]. I den foreliggende rapporten er aspekter av befolkningens livskvalitet beskrevet under flere av overskriftene. I dette avsnittet dekkes noen av disse aspektene.

Rogaland ligger nokså likt med andre fylker på psykiske plager (Hordaland og Sogn og Fjordane har litt lavere gjennomsnittskår) og positiv affekt (følelser) de siste 7 dagene. Derimot ligger Rogaland litt lavere enn de øvrige fylkene på negativ affekt, men forskjellen mellom Rogaland og det fylket som har høyest skår (Agder) tilsvarer en effektstørrelse på bare 0,08. Det betyr at forskjellen er temmelig liten.

Rogaland skiller seg heller ikke ut på noen av de andre spørsmålene om livskvalitet («Livet er meningsfylt», to spørsmål om «Tilfredshet med livet» og «Søvnproblemer»).

4.1.7.2 Regioner

Heller ikke regionene innen fylket er særlig forskjellige når det gjelder gjennomsnittlig skår på psykiske plager. Andelen som rapporterer at de har et høyt nivå av psykiske plager (HSCL > 2,00) er imidlertid litt lavere i Ryfylke enn i de andre regionene. Forskjellen mellom Ryfylke (10,4 %) og den regionen som lå høyest (Nord-Jæren, 12,8 %) tilsvarer en Cohens *h* på bare 0,08. Variasjonen i gjennomsnittlig skår på negative følelser og på positive følelser er også minimal.

²⁴ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Skåren på «Det man gjør i livet er meningsfylt» ligger litt høyere i Dalane (7,69) og i Ryfylke (7,68) enn på Nord-Jæren (7,44) og på Haugalandet (7,49) (ujusterte tall). Forskjellen mellom høyeste og laveste skår tilsvarende en effektstørrelse på 0,12. Forskjellen er med andre ord ganske beskjeden. Lavest andel som rapporterte at de var ganske eller svært fornøyde med tilværelsen var litt lavere på Haugalandet (75,9 %) enn i de øvrige regionene (fra 78,2 til 80,2) (ujusterte tall). Differansen mellom høyeste og laveste verdi tilsvarende en effektstørrelse på bare 0,10. Bildet endrer seg lite når vi ser på de justerte tallene.

4.1.7.3 Kjønn

Kvinner kommer ut med mindre gunstige tall enn det mennene gjør på de variablene som har mest med psykisk helse å gjøre. De skårer litt høyere på psykiske plager (Cohens $d=0,08$) og andelen som har høy skår på HSCL-5 er 14,1 % blant kvinner og 10,2 % blant menn (Cohens $h=0,12$). Kvinnene skårer høyere enn menn på negative følelser (Cohens $d=0,24$). Kvinner skåret gjennomsnittlig litt lavere enn menn på positive følelser, men her tilsvarte forskjellen bare en Cohens d på 0,09. På de to spørsmålene om «Fornøydhet med livet» var der praktisk talt ingen kjønnsforskjell. På «Meningsfylt» kom kvinnene ut med en skår som var litt høyere enn blant menn (Cohens $d=0,10$). Søvnproblemer er mer utbredt blant kvinner (15,6 %) enn blant menn (11,9 %) (Cohens $h=0,11$).

4.1.7.4 Alder

Det kanskje mest forbausende funnet i folkehelseundersøkelsene er sammenhengen mellom psykiske plager og alder. Jo høyere aldersgruppe, desto lavere skår. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe tilsvarende i Rogaland Cohens d -verdier på 0,33 blant kvinnene og 0,27 blant mennene. Det er med andre ord snakk om klare forskjeller. Andel med høy skår ($>2,00$) viser også en sterk sammenheng. Blant de yngste kvinnene er andelen 29,4 % og blant de eldste 5,2 %. Tilsvarende tall for menn er 19,6 % og 2,8 %²⁵. Som vi har vært inne på flere ganger tidligere i denne rapporten, kan de svært positive tallene i eldste aldersgruppe være noe misvisende på grunn av frafall ved «vasking» av det opprinnelige utvalget mot Kontakt- og reservasjonsregisteret. Men sammenhengen viser seg ikke bare i den eldste aldersgruppen, men over hele aldersspennet. Det er vanskelig å bortforklare en sammenheng som går på tvers av alle gruppene og dessuten er såpass sterk.

Det er verdt å legge merke til at det er en gruppe som merker seg særlig ut. Det er kvinner i yngste aldersgruppe der både gjennomsnittsskåren på skalaen og prosenten med høy skår er mye høyere enn i noen annen gruppe definert ved alder og kjønn.

Også gjennomsnittsskåren på «Negative følelser» faller med alderen. Effektstørrelsene (Cohens d) når vi sammenligner yngste og eldste aldersgruppe er 0,68 for kvinnene og 0,55 for mennene. Positive følelser stiger med alderen tilsvarende effektstørrelser på 0,64 (kvinner) og 0,51 (menn).

«Fornøydhet med livet» stiger med alder fra yngste (18-29) til eldste gruppe (60-69 år) tilsvarende en Cohens d på 0,56 for kvinner og 0,64 for menn. På det andre spørsmålet om tilfredshet med tilværelsen steg prosentandelen som sa de var ganske eller svært fornøyde kraftig med stigende alder (Cohens h -verdier på 0,59 for kvinner og 0,52 for menn). «Meningsfylt» stiger fra laveste til nest eldste aldersgruppe tilsvarende Cohens d -verdier på 0,60 blant kvinner og 0,65 for menn, for deretter å flate ut eller synke litt ved overgangen til den eldste gruppen (70+).

²⁵ Tallene for andel med høy skår som gjengis i dette avsnittet er ikke med i resultatdelen.

De som tilhører den yngste aldersgruppen har den høyeste andelen som plages (veldig mye eller ganske mye) av søvnproblemer. Dette gjelder både kvinner (21,6 %) og menn (19,5 %). Også kvinner i alderen 50-59 har en høy andel som rapporterer at de er veldig mye eller ganske mye plaget av søvnproblemer (17,3 %).

De psykiske plagene og de aspektene ved subjektiv livskvalitet vi har fokusert på her, endrer seg altså i positiv retning med alderen. Unntakene er en utflating ved pensjonsalderen i det å oppleve livet som meningsfylt og søvnproblemer, som er mest utbredt blant de yngste og ellers endrer seg lite med alderen.

4.1.7.5 Utdanning

De psykiske plagene synker med stigende utdanning tilsvarende Cohens *d*-verdier, der vi sammenligner de med bare grunnskole og de med høgskole- eller universitetsutdanning av minst fire års varighet, på 0,15 for kvinnene og 0,13 for mennene. Andel med høy skår på psykiske plager (verdier høyere enn 2,00) synker fra 15,6 til 9,8 % blant kvinner og fra 13,0 til 7,1 % blant menn når vi sammenligner de med laveste og de med høyeste utdanning²⁶. Negative følelser synker ved tilsvarende sammenligning over utdanningsgrupper med Cohens *d*-verdier på 0,31 (kvinner) og 0,25 (menn). Positive følelser stiger med verdier på 0,64 (kvinner) og 0,51 (menn). «Fornøyd med livet» stiger også over utdanningsgrupper tilsvarende forskjeller i *d*-verdier mellom de med lavest og de med høyest utdanning på 0,25 (kvinner) og 0,28 (menn). Tilsvarende kontraster på utfallsålet «Meningsfylt» er på 0,39 (kvinner) og 0,31 (menn). På det andre spørsmålet om hvor fornøyde de var med tilværelsen finner vi en nokså kraftig stigning over utdanningsgrupper i andel som svarte at de var ganske eller svært fornøyde. Andel som rapporterte om søvnproblemer halveres fra de med bare grunnskole til de som har lang universitetsutdanning.

Selv om forskjellene mellom ekstremgruppene uttrykt ved effektmål er noe mindre for utdanning enn for alder, er flere av sammenhengene middels sterke, og bildet er fullstendig konsistent. Jo lengre utdanning, desto gunstigere er tallene.

Kort oppsummert kan vi si at Rogaland fylke skiller seg lite fra andre fylker på psykiske plager og livskvalitet. Variasjonene over regioner var heller ikke stor. Kanskje bør det nevnes at skåren på spørsmålet om livet oppleves som meningsfylt gjennomsnittlig er litt høyere i Dalane og Ryfylke enn i de andre regionene. På de variablene som ligger nær opp til psykisk helse (psykiske plager, negative følelser, positive følelser, søvnproblemer), kom kvinnene noe mindre gunstig ut enn mennene, men gjennomsnittlig opplever kvinnene livet som litt mer meningsfylt enn det mennene gjør.

De psykiske plagene synker med stigende alder. Særlig kvinner i den yngste aldersgruppa skårer høyt på psykiske plager. Også positiv affekt, det å være fornøyd med livet og det å oppfatte livet som meningsfullt stiger nokså sterkt med alderen. De yngste, samt kvinner mellom 50 og 59 har de høyeste andelene som plages av søvnproblemer. Med stigende utdanning blir så å si alt bedre: Psykiske plager (synker), positiv affekt (øker), negativ affekt (synker), tilfredshet med livet (øker), det å finne tilværelsen meningsfylt (øker) og søvnproblemer (synker).

²⁶ Tallene for andel med høy skår som gjengis i dette avsnittet er ikke med i resultatdelen.

4.1.8 Sosial interaksjon og sosial kapital

De amerikanske sosialpsykologene Roy Baumeister og Marc Leary skrev i 1995 en artikkel der de hevdet at behovet for tilhørighet (the need for belongingness) er et fundamentalt menneskelig behov, kanskje det aller mest fundamentale av de psykososiale behovene [16]. Slik de beskriver behovet for tilhørighet, handler det først og fremst om tilhørighet til andre mennesker. Men kanskje handler stedstilhørighet om noe av det samme. Tilhørighet til et sted handler kanskje først og fremst om tilhørighet til de menneskene som bor der, til familie, naboer og venner. I denne delen av diskusjonen inngår tilhørighet som ett av mange utfallsmål.

Litteraturen omkring sosiale faktorerers betydning for helse er etter hvert blitt omfattende. En del av kunnskapen på feltet er oppsummert i en norsk bok fra 2009 [17]. I dag vet vi for eksempel mye om virkningene av sosial støtte. God sosial støtte er ikke bare viktig for befolkningens psykiske helse, men sannsynligvis også for noe så håndfast som sykelighet og dødelighet²⁷.

Her i landet har ensomhet fått stor politisk oppmerksomhet de siste årene. Ensomhet inngår også blant utfallsvariablene vi undersøker i folkehelseundersøkelsene i fylkene. En oppsummering av til sammen 40 litteraturoppsummeringer fra 2017 konkluderte med at ensomhet henger sammen med totaldødelighet. Både en forhøyet risiko for hjertekarsykdom og for psykisk lidelse kan bidra til å forklare dette. Forfatterne av denne studien påpekte imidlertid at de ikke kan si noe sikkert om kausalitet. Ingen av oppsummeringene de fant var av høy kvalitet [18]. Uansett må ensomhet betraktes som et viktig aspekt ved folks livskvalitet. Bekjempelse av ensomhet er dermed en viktig del av folkehelsearbeidet.

4.1.8.1 Fylker

Andelen som rapporterte at de opplever middels eller høy grad av sosial støtte på Oslo Social Support Scale var i vårt materiale fra Rogaland 89,7 %. De andre fylkene som har gjennomført disse undersøkelsene (Folkehelseundersøkelsene i fylkene) kommer ut med prosentertall som ligger fra 87,7 til 89,6. Det kan se ut til at Norge er et land der en svært høy andel av befolkningen rapporterer om sosial støtte, i hvert fall når sosial støtte måles med Oslo Social Support Scale. Norge pleier å komme positivt ut når vårt land sammenlignes med andre land på sosiale indikatorer.

Det er spurt om trygghet to steder i spørreskjemaet. Andel som i stor grad føler seg trygge er i Rogaland 84,8 %, mens de andre fylkene varierer fra 85,1 til 87,4 %. Her kan vi sammenligne med tall fra fem fylker. Forskjellene er svært små. Når vi i stedet måler trygghet i nærmiljøet langs en skala fra 0-10, kommer Rogaland ut med en gjennomsnittlig skår på 8,92. Her kan vi bare sammenligne med tre andre fylker. Dette er omtrent likt med Agder og noe lavere enn Nordland og Troms og Finnmark. Forskjellen mellom Rogaland og de to fylkene som har høyest skår tilsvarende en Cohens d på 0,15. En liten, men ikke helt ubetydelig forskjell. De som bor i de to nordligste fylkene føler seg kanskje litt tryggere i nærmiljøet enn det som er tilfelle i Rogaland og Agder.

De øvrige utfallsmålene på sosial interaksjon og sosial kapital kan bare sammenlignes med tre fylker, Agder, Nordland og Troms og Finnmark. Andel som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere var litt lavere i Rogaland (57,5 %) enn i de tre andre

²⁷ <https://www.scientificamerican.com/article/relationships-boost-survival/>

fylkene (61,6 – 65,0 %). Likevel var gjennomsnittlig skår på ensomhet lavere i Rogaland (1,94) enn i de andre fylkene (2,20-2,23). Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi var 0,12.

Sammen med Agder ligger Rogaland en del høyere enn Nordland og Troms og Finnmark på gjensidig positive sosiale relasjoner og på at folk er til å stole på. Forskjellen mellom høyeste (Rogaland) og laveste (Nordland) verdi på disse utfallsmålene tilsvarer effektstørrelser på 0,09 (gjensidig positive sosiale relasjoner) og 0,10 (folk er til å stole på). Rogalands skår på stedstilhørighet merker seg ikke ut fra de øvrige fylkene.

Spørsmålet om folk er til å stole på har lange tradisjoner og er blitt benyttet i undersøkelser blant høgskolestudenter i USA helt tilbake til 1960-tallet. Spørsmålet benyttes også som en indikator på «sosial kapital»²⁸. Undersøkelser har vist at nordmenn, i likhet med befolkningen i de andre nordiske landene, skårer svært høyt på tillit til andre mennesker. Dette framkommer når det sammenlignes med tall fra andre land i Europa²⁹.

4.1.8.2 Regioner

Andel som opplever middels eller høy grad av sosial støtte og andel som opplever stor grad av trivsel i nærmiljøet varierer minimalt over regioner i Rogaland.

Andel som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet er høyere i Dalane (88,8 %) og i Ryfylke (88,9 %) enn i de andre tre regionene i Rogaland (fra 84,2 til 84,5 %). Effektstørrelsen når vi sammenligner høyeste og laveste prosent er på 0,14. Omtrent samme spørsmål er stilt seinere i skjemaet, men her har vi benyttet en svarskala fra 0 til 10. Igjen kommer Ryfylke og Dalane ut med best resultat. Ryfylke er øverst med en gjennomsnittlig skår på 9,32, deretter kommer Dalane med 9,19. De andre regionene har gjennomsnittsskårer på 8,89, 8,88 (Sør-Jæren og Nord-Jæren) og 8,90 (Haugalandet). Cohens *d* for Ryfylke mot laveste er 0,28. Dalane mot laveste gir en Cohens *d* på 0,19.

Andel som rapporterte at de er sammen med gode venner minst ukentlig er litt høyere i Dalane (62,2 %) og på Sør-Jæren (60,6 %) enn i de andre tre regionene (55,8-57,3 %). Cohens *d* for Dalane mot laveste er 0,13, og Sør-Jæren mot laveste er 0,10. Tilliten til andre er høyest i Ryfylke. Forskjellen mellom Ryfylke og den regionen som ligger lavest tilsvarer en Cohens *d* på 0,16. Gjennomsnittlig skår på stedstilhørighet var høyest i Ryfylke (7,88) og Dalane (7,70), og lavest på Nord-Jæren (7,36). Målt i effektstørrelser lå Ryfylke 0,21 og Dalane 0,13 over Nord-Jæren.

4.1.8.3 Kjønn

Tidligere undersøkelser har gjerne vist at kvinner oftere enn menn rapporterer om god sosial støtte [17]. I Rogaland var imidlertid andelen som rapporterte at de opplever middels eller høy grad av sosial støtte nokså lik for kvinner (90,9 %) og menn (88,2 %). Vi fant heller ikke noen vesentlig forskjell i andel som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet (kvinner: 77,2 %; menn: 75,8 %). Selv om forskjellene var små, kan det være verdt å legge merke til at alle disse prosentene var litt gunstigere for kvinner enn for menn.

Andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet er heller ikke særlig forskjellig (kvinner: 83,3 %; menn: 86,5 %). Når trygghet ble målt på 0-10-skalaen, kom det fram en tydeligere kjønnsforskjell. Kvinnene fikk en gjennomsnittsskår på 8,73 mens mennenes gjennomsnittsskår var 9,14. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på 0,26.

²⁸ <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.89.8.1187>

²⁹ https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round5/fieldwork/norway/ESS5_brochure_NO.pdf

Andel blant kvinnene som rapporterte at de er sammen med venner ukentlig eller oftere var temmelig lik for menn og kvinner. Opplevelsen av ensomhet var heller ikke nevneverdig forskjellig på tvers av kjønn.

Gjennomsnittlig skår på gjensidig positive sosiale relasjoner (Støttende og givende sosiale relasjoner, bidrar til andres lykke og livskvalitet) var høyere blant kvinner enn blant menn (Cohens $d=0,29$).

Det var svært liten forskjell mellom menn og kvinner i gjennomsnittsskår på «Folk flest er til å stole på» og på stedstilhørighet.

4.1.8.4 Alder

Andel som rapporterte at de opplever middels eller høy grad av sosial støtte stiger svakt, men ikke helt lineært med alderen både hos kvinner (fra 88,2 % til 94,5 % - Cohens $h=0,23$) og menn (fra 85,6 % til 91,6 % - Cohens $h=0,19$). Andel som rapporterte om stor grad av trivsel stiger sterkt med alderen fra 64,6 % blant både kvinner og menn i yngste aldersgruppe (18-29) til 88,7 % og 85,9 % i eldste (70+).

Andel som i stor grad kjenner seg trygge i nærmiljøet øker også med alderen fra yngste gruppe til eldste aldersgruppe. Fra 72,1 % til 92,4 % blant kvinner og fra 79,6 til 92,6 % blant menn. Det er særlig i de den yngste aldersgruppen vi finner en lav andel som i stor grad føler seg trygge. Dette er noe vi har funnet også i de tidligere folkehelseundersøkelsene. Det er bare i de to yngste aldersgruppene vi finner en statistisk sikker kjønnsforskjell.

Det er interessant å se hva resultatene blir når vi måler nesten det samme («Trygg på stedet») og benytter en svarskala fra 0-10. På dette andre spørsmålet presiseres det at det gjelder følelsen av trygghet når en er ute og går. Igjen finner vi en økning over aldersgrupper for begge kjønn. Uttrykt i Cohens d er forskjellen fra yngste aldersgruppe til de eldste 0,74 for kvinner og 0,32 for menn. De tilsvarende forskjellene beskrevet ovenfor når vi benyttet kategoriske svar og regner ut Cohens h var 0,56 (kvinner) og 0,39 (menn).

Andel som rapporterer at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere er høy blant de yngste (18-29 år) (70,2 % blant kvinner og 73,7 % blant menn), synker så kraftig i nest yngste aldersgruppe (30-39 år) (51,8 % blant kvinner og 49,4 % blant menn) for deretter (fra aldersgruppen 40-49) å stige inntil eldste aldersgruppe (70+) (69,6 % blant kvinner og 62,9 % blant menn).

Denne sammenhengen med alder har vi ikke observert på særlig mange andre variabler. Det sterke fallet fra yngste til nest yngste aldersgruppe kan nok forklares med at mange kommer i jobb og samtidig får barn. Dermed blir det lite tid til overs til samvær med venner. Etter som barna vokser til, blir tiden til slikt kanskje bedre. Når en kommer opp mot pensjonsalderen og går ut av yrkeslivet, blir det mer tid til å være sammen med venner, og blant de som opplever at ektefellen faller fra blir behovet for å være sammen med venner kanskje større enn tidligere.

Til tross for at andelen som er sammen med venner ukentlig er høy i den yngste aldersgruppen (18-29), er det her vi finner høyest gjennomsnittlig skår på «Ensomhet». Ensomheten synker over aldersgruppene inntil de nest eldste (60-69) for deretter å flate ut. Effektstørrelsene når vi sammenligner de yngste med de nest eldste er 0,47 for kvinner og 0,48 blant menn (Cohens d).

Gjennomsnittsskåren på «Gjensidig støttende sosiale relasjoner» synker svakt og ujevnt (ikke monotont) over aldersgrupper med en Cohens d på 0,14 for kvinner og 0,16 for menn (yngste mot eldste aldersgruppe). Men med økende alder er det økning i gjennomsnittsskår på «Folk flest er til å stole på». Cohens d -verdien, når vi sammenligner yngste med eldste gruppe, er 0,72 for kvinner og 0,48 for menn. Begge forskjellene må karakteriseres som store. Med økende alder blir gjennomsnittsskåren på stedstilhørighet også høyere. Her får vi Cohens d -verdier på 0,70 for kvinner og 0,56 for menn. Igjen er det snakk om store forskjeller.

4.1.8.5 Utdanning

Andel som rapporterte at de opplever middels eller høy grad av sosial støtte stiger med utdanning, fra 85,8 % til 93,4 % blant kvinner og fra 82,2 % til 90,8 blant menn. Andelen som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet øker bare litt med utdanning (5 prosentpoeng opp). Andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet øker fra 76,8 til 89,6 blant kvinner og fra 80,9 til 90,3 % blant menn, når vi sammenligner de som bare har grunnskole med de som har høyskole- eller universitetsutdanning av minst 4 års varighet.

Trygghet på stedet, som er målt på en 0-10-skala, øker likeledes over utdanningsgrupper tilsvarende Cohens d -verdier på 0,33 blant kvinner og 0,21 blant menn.

Andel som minst ukentlig er sammen med gode venner øker litt blant kvinner (6,4 prosentpoeng), men synker blant menn (4,4 prosentpoeng) fra laveste til høyeste utdanningsnivå. Dette er kanskje den eneste gangen i denne rapporten at vi finner motsatte endringer over utdanningsnivå for menn og kvinner.

Gjennomsnittsskår på Ensomhet (skala 0-10) synker med utdanning både blant menn og kvinner. Forskjellen mellom de med kortest og de med lengst utdanning tilsvarer Cohens d -verdier på 0,29 blant kvinner og 0,24 blant menn. Gjennomsnittlig skår på Gjensidig positive sosiale relasjoner stiger med utdanningsnivå tilsvarende Cohens d -verdier på 0,40 for kvinner og 0,42 blant menn. Tillit til andre øker også med utdanningsnivå tilsvarende d -verdier på 0,53 (kvinner) og 0,46 (menn). Stedstilhørighet varierer bare svakt over utdanningsgrupper. Lavest gjennomsnittlig skår har menn med lang universitetsutdanning.

Kort oppsummert: På flere utfallsmål ligger tallene for Rogaland svært nær tallene for Agder, men er litt forskjellige fra Nordland og Troms og Finnmark. Nærmiljøene oppleves som litt mindre trygge, men samtidig er skåren på ensomhet lavere, de sosiale relasjonene er mer positive og tilliten til andre er litt høyere. Effektstørrelsene varierer fra 0,09 til 0,15. Forskjellene er med andre ord små.

Ryfylke kommer positivt ut på tre av de utfallsmålene som alle kan betraktes som indikatorer på sosial kapital: Trygghet i nærmiljøet (sammen med Dalane), tillit til andre og stedstilknytning (også sammen med Dalane).

Tydelige kjønnsforskjeller fant vi her bare på to utfallsmål. Kvinnene hadde lavere gjennomsnittlig skår enn mennene på trygghet i nærmiljøet, men høyere skår på «Gjensidig positive sosiale relasjoner».

På de fleste utfallsmål som sorterer under overskriften Sosial interaksjon og sosial kapital blir tallene mye gunstigere med stigende alder. Dette gjelder trivsel, trygghet i nærmiljøet, trygghet på stedet, tillit til andre og stedstilhørighet.

Ensomheten synker med alderen, men flater ut fra nest eldste (60-69) til eldste (70+) aldersgruppe. Det er blant de yngste kvinnene (18-29) vi finner den laveste andelen som føler seg trygge i nærmiljøet. Det å være sammen med gode venner ukentlig er vanligst blant de yngste, faller deretter sterkt og øker så med økende alder.

Sammenhengene med utdanning er jevnt over noe svakere enn sammenhengene med alder. Men alt som varierer systematisk går i favør av de med høy utdanning: Trivsel, Trygghet i nærmiljøet, Trygghet på stedet, Sosial støtte og Gjensidig positive sosiale relasjoner stiger alle med utdanningsnivå. Opplevelsen av ensomhet synker. Det å være sammen med gode venner stiger svakt hos menn, men synker svakt hos kvinner med utdanningsnivå.

4.1.9 Andre utfallsmål (støy, knapt med penger i husholdningen)

4.1.9.1 Fylker

I Rogaland var det 9,7 % som rapporterte at de plages (middels, mye eller svært mye) av støy fra trafikk når de er hjemme. Dette er på samme nivå som Agder, litt mindre enn Troms og Finnmark, og litt mer enn Hordaland, Sogn og Fjordane og Nordland. Når det gjelder støy fra andre kilder, kom Rogaland ut med høyere tall (10,6 %) enn noen av de andre fylkene (fra 6,4 til 9,7 %).

Andel som synes det er vanskelig («Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig») å få husholdningens penger til å strekke til var i Rogaland 16,8 %. Dette er lavere enn i de andre tre fylkene der dette spørsmålet er stilt, Troms/Finnmark (21,4 %), Nordland (19,4 %) og Agder (20,8 %).

4.1.9.2 Regioner

Andel som rapporterte at de plages av støy fra trafikk når de er hjemme var lavest i Ryfylke (7,4 %) og høyest på Nord-Jæren (10,5 %) (ujusterte tall) (Cohens $h=0,11$). De andre regionene ligger plassert midt imellom.

Nord-Jæren skiller seg ut med en høy andel (12,3 %) som rapporterte at de ble plaget av annen støy når de er hjemme. I de andre regionene lå tallene mellom 7,7 og 9,0 %. Cohens h for forskjellen mellom høyeste og laveste verdi er 0,15.

Når vi ser på ujusterte tall er det ingen av regionene avviker mye fra tallene for hele fylket når det gjelder andelen som svarte at de synes det er vanskelig å få husholdningens penger til å strekke til.

4.1.9.3 Kjønn

Der var ingen nevneverdig forskjell mellom menn og kvinner når det gjaldt opplevelsen av støy hjemme. Andelen som rapporterte om at det var vanskelig å få pengene til å strekke til var også temmelig lik for kvinner (17,8 %) og menn (15,6 %).

4.1.9.4 Alder

Andelen som oppgav at de var plaget av trafikk når de er hjemme synker med alderen fra 13,8 % til 5,2 % blant kvinner og fra 11,0 til 6,8 % blant menn (yngste til eldste aldersgruppe). For menn og kvinner sett under ett representerer dette omtrent en halvering. Når det gjelder annen støy, er nedgangen enda litt sterkere, fra 19,6 til 2,8 % blant kvinner og fra 17,6 til 4,9 % blant menn. Litt av forklaringen kan selvsagt være at hørselen svekkes en del med alderen. Men kanskje viktigere er det at boligstandarden og boligenes

plassering i forhold til vei og andre støykilder bedrer seg med bedret økonomi. Økonomien bedrer seg gjerne med alderen.

Det viser seg da også at andel som svarer at det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til synker kraftig med alderen fra 24,6 til 7,8 % blant kvinner og fra 22,1 til 5,8 % blant menn.

4.1.9.5 Utdanning

Andelen som rapporterte om støyplager fra trafikk og fra andre kilder) går hos kvinner ned med stigende utdanningsnivå, fra 12,7 % til 7,2 % (Cohens $h=0,18$). Blant menn er nedgangen bare fra 10,0 til 7,8 % (Cohens $h=0,07$).

Mønsteret er helt tilsvarende når det gjelder støy hjemme fra andre kilder, ned fra 13,4 til 7,4 % hos kvinner (Cohens $h=0,20$) og fra 10,6 til 8,4 % blant menn (Cohens $h=0,08$).

Andel som rapporterte at det er vanskelig å få husholdningens penger til å strekke til reduseres til en tredjedel fra gruppen med bare grunnskoleutdanning til gruppen med utdanning på minst fire år fra høyskole eller universitet, fra 29,2 til 9,1 % blant kvinner og fra 28,6 til 8,4 % blant menn.

Kort oppsummert: I materialet fra Rogaland er andelen som rapporterer at de plages av støy (middels, mye eller svært mye) fra andre kilder enn trafikk så vidt høyere enn i de andre fylkene der vi har gjennomført folkehelseundersøkelser. Andel som rapporterer at de har problemer med å få pengene i husholdningen til å strekke til («Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig»), er klart lavere i Rogaland enn i noen av de tidligere fylkene der vi har stilt dette spørsmålet.

Andel som rapporterte at de plages av støy fra trafikk når de er hjemme var lavest i Ryfylke høyest på Nord-Jæren. Nord-Jæren skiller seg ut med en høy andel som rapporterte at de ble plaget av annen støy når de er hjemme.

Jo eldre, desto lavere andeler plages av støy hjemme. Andel som rapporterte at det er vanskelig for husholdningen å få pengene til å strekke til synker kraftig med alderen.

Andelen synker også med utdanning. Jo høyere utdanning, desto lavere er andelen som rapporterer om støy hjemme fra trafikk. Og, ikke overraskende, jo høyere utdanning, desto lavere andeler er det som rapporterer at det er vanskelig å få pengene til å strekke til.

4.2 Begrensninger ved datagrunnlaget

4.2.1 Representativitet og skjevheter

Svarprosenten blant de som ble invitert til å være med i undersøkelsen var på 45,2. Dette er et ganske høyt tall for denne typen undersøkelser. Det at flere enn halvparten av de inviterte ikke deltok i undersøkelsen, skaper likevel en del usikkerhet om hvor gode tall vi egentlig har.

Deltakelsen varierer dessuten over aldersgrupper, kjønn og utdanningsgrupper. Jo lavere utdanning, desto lavere er sannsynligvis deltakelsen, uten at vi har gode nok data til å beregne nøyaktig hvor sterk denne seleksjonen er. Deltakelsen er dessuten spesielt lav blant menn i den yngste aldersgruppen og kvinner i den eldste. Prosentandelen registrerte i kontakt- og reservasjonsregisteret minker i de eldste aldersgruppene, noe som gjør representativiteten mer usikker blant de eldre.

Hvis det er fullstendig tilfeldig hvem som bestemmer seg for å svare på skjemaet (i den statistiske litteraturen kalles dette «Missing Completely at Random» - MCAR, behøver ikke lav deltakelse ha så store konsekvenser. Men dersom det er en sterk sammenheng mellom det å delta og det vi spør om, er det straks verre. Vi har derfor lagt mest vekt på sammenhenger som er sterke og som inngår i konsistente mønstre.

Av de som faktisk ble inviterte til å delta, varierer svarprosenten mellom de ulike kommunene med en hel del. Variasjonen er noe mindre mellom regionene.

Seleksjon kan, som allerede nevnt ovenfor, resultere i skjeve estimat hvis det at en ikke deltar (ikke-deltakelse) henger sammen med utfallsmål som inngår i undersøkelsen. Dette skal etter hvert undersøkes ved at vi kobler data fra folkehelseundersøkelsene mot data fra registre.

4.2.2 Spørreskjema og måleinstrument

Spørreskjemaet som ble brukt i denne undersøkelsen er langt på vei identisk med den versjonen av basismodulen for folkehelseundersøkelsene som forelå i mars 2019. Store deler av skjemaet er tidligere brukt i undersøkelser i Vestfold og i Agder-fylkene [2, 3, 4] samt i Hordaland og Sogn og Fjordane [4, 19]. Undersøkelser der en har benyttet nøyaktig den samme hovedmodulen av spørsmål er gjennomført i Troms/Finnmark, Agder og Nordland [5, 6]. En del av skalaene er brukte i tidligere norske undersøkelser og i undersøkelser i andre land, og blir regnet som instrumenter med gode kvaliteter. Dette gjelder blant annet skalaer på disse områdene (se link til spørreskjemaet i appendiks i denne rapporten):

- Psykiske plager (Hopkins Symptoms Checklist – 5 ledd, spm. 12.1-12.5)
- Sosial støtte (Oslo Social Support Scale, spm. 15.1-15.3)
- Ensomhet («The Three-Item Loneliness Scale» (T-ILS), spm. 16.1-16.3)
- Alkohol (Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption – AUDIT-C, spm. 22-22c)

De fire spørsmålene om kosthold (spm. 19.1-19.4) blir brukt av Statistisk sentralbyrå i Levekårsundersøkelsene. Ved å bruke slike skalaer sikrer vi ikke bare at vi får gode data, men vi kan også i større grad sammenligne våre resultater med resultat fra tidligere undersøkelser.

Spørreskjemaet dekker et nokså bredt spekter av områder. Selv om vi har basert oss på mange instrument som er godt kvalitetstestet tidligere, er det ikke sikkert kvaliteten på instrumentene som er benyttet er like god på alle temaområdene. I det videre arbeidet er det viktig med en videre kvalitetstesting av de ulike spørsmålsgruppene som inngår. Funn fra denne undersøkelsen må uansett vurderes kritisk og sees i sammenheng med hva en finner i andre studier. At mange av funnene når det gjelder kjønnsforskjeller og forskjeller på tvers av utdanningsnivå stemmer godt med det vi vet fra landsrepresentative undersøkelser, bidrar å styrke vår tiltro til de resultatene som foreligger fra de fylkene som til nå har gjennomført undersøkelsen.

Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020 er ment å supplere den statistikken som allerede eksisterer for dette fylket. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som

er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider^{30,31}. Her finner en også egne folkehelseprofiler som kan et nyttig verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i fylkene³².

De dataene som er samlet inn under Folkehelseundersøkelsen i Rogaland kan gi grunnlag for langt mer statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysene kan utvides ved at en ser på et langt bredere spekter av demografiske forhold (for eksempel vurdering av husholdningens inntekt og arbeids-/livssituasjon), og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Slike videre analyser vil kunne gjøres både av Folkehelseinstituttet, fylkeskommunen i Rogaland, lokale forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.

4.2.3 Korona-pandemien

Datainnsamlingen i Rogaland ble gjennomført i siste halvdel av september og de første dagene i oktober 2020, omtrent et halvt år etter at koronapandemien hadde brutt ut i Norge. I månedene før datainnsamlingen hadde myndighetene gjennomført det som kan karakteriseres som det største helseinformasjonstiltaket i Norge noensinne. Ledere fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, helseministeren og til og med statsministeren stod fram på pressekonferanser og gjorde rede for regler og anbefalinger. Reglene og anbefalingene dreiet seg både om hva den enkelte kunne gjøre og hvilke retningslinjer arbeidslivet og organisasjonene skulle følge, og handlet både om hygiene, distanse fra andre, sosial isolasjon og karanteneregler. Mediedekningen av utviklingen i pandemien og myndighetenes anbefalinger var intens og omfattende.

Alt dette kunne tenkes å ha betydning for en del av utfallsvariablene som blir undersøkt i Folkehelseundersøkelsen i Rogaland, for eksempel psykiske plager, livskvalitet og sosiale relasjoner.

Gjennomsnittsskåren på psykiske plager i dataene fra Rogaland skiller seg imidlertid ikke vesentlig fra fylker som gjennomførte undersøkelsen før korona-pandemien brøt ut. Heller ikke på «Fornøydhet med livet» skiller Rogaland seg ut. Skåren på «Ensom» er gjennomsnittlig litt lavere i dataene fra Rogaland enn i andre fylker, og på Negative følelser de siste 7 dagene ligger gjennomsnittlig skår for Rogaland litt lavere enn for fylker som tidligere har gjennomført Folkehelseundersøkelsen. Hvis pandemien hadde hatt en sterk negativ effekt på psykososiale forhold, er det ikke slike resultater vi kunne forvente å få. Det er sannsynlig at pandemien har hatt negative konsekvenser for noen, for eksempel de som har mistet jobben, de som har fått redusert inntekt og for de som selv er blitt rammet av viruset. Men det er langt fra sikkert at pandemien har hatt så store negative effekter på psykisk helse og mellommenneskelige relasjoner i befolkningen som helhet.

³⁰ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

³¹ <http://khs.fhi.no/webview/>

³² <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>

5 Referanser

1. Skogen, J.C., et al., *Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres?* Tidsskr Nor Legeforen 2019. **139**(15).
2. Johnsen, G.H., et al., *Ulykker og skader i Norge: Resultater fra folkehelseundersøkelser i fire fylker 2018-2020*. In prep., 2020.
3. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance theory in the digital age: A comparison of early and delayed respondents to the Norwegian Counties Public Health Survey*. Under revision BMC Public Health. Preprint available at: <https://www.researchsquare.com/article/rs-39479/v1>, 2020.
4. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat*. 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen.
5. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
6. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Agder. Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
7. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Nordland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
8. Grøtvedt, L., et al., *Fylkeshelseundersøkelser blant voksne. Maler for innhold og gjennomføring*. Oslo: Folkehelseinstituttet. 2016, Folkehelseinstituttet.
9. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study*. BMC Geriatr, 2012. **12**: p. 27.
10. Hughes, M.E., et al., *A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies*. Research on aging, 2004. **26**(6): p. 655-672.
11. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.
12. Bang Nes, R., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.
13. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
14. World Health Organization, *The Ottawa Charter on Health Promotion*. 1986, Copenhagen: World Health Organization.
15. Holseter, C., et al., *Selvrapportert helse og dødelighet i ulike yrkesklasser og inntektsgrupper i Nord-Trøndelag*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2015. **135**: p. 434-8.
16. Baumeister, R.F. and M.R. Leary, *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. Psychological Bulletin, 1995. **117**(3): p. 497-529.
17. Mæland, J.G., et al., *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. 2009, Oslo: Gyldendal akademisk.
18. Leigh-Hunt, N., et al., *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. Public health, 2017. **152**: p. 157-171.
19. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Hordaland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2018, Folkehelseinstituttet: Bergen.

Appendiks 1: Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble benyttet ved datainnsamlingen i Rogaland 2020 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

Appendiks 2: Tabell (tillegg)



Tabell A1: Utfallsmål etter fylke. Ikke populasjonsvektede tall. Vektet for oversampling i noen kommuner, bydeler og valgkretser.

Utfallsmål	Fylke					
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Kultur- og idrettstilbud – god eller svært god tilgang			75,4 (74,8-76,0)	78,2 (77,7-78,6)	75,6 (75,0-76,1)	79,4 (78,9-79,9)
Butikker, spisesteder og andre servicetilbud			80,5 (80,0-81,0)	82,8 (82,4-83,3)	81,5 (81,0-82,0)	85,4 (85,0-85,9)
Offentlig transport			39,2 (38,6-39,9)	50,2 (49,6-50,8)	31,8 (31,2-32,4)	58,5 (57,9-59,1)
Natur- og friluftsområder			95,1 (94,8-95,3)	95,1 (94,8-95,3)	95,6 (95,3-95,8)	92,4 (92,1-92,8)
Parker og andre grøntareal			68,8 (68,2-69,4)	78,8 (78,3-79,2)	71,4 (70,8-72,0)	84,1 (83,6-84,6)
Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygd			43,2 (42,5-43,8)	60,5 (59,9-61,1)	46,7 (46,0-47,3)	68,2 (67,6-68,7)
Deltakelse i organiserte aktiviteter ukentlig ³³	25,5 (24,8-26,1)	27,7 (26,7-28,6)	24,8 (24,2-25,3)	32,8 (32,2-33,3)	26,9 (26,3-27,5)	27,6 (27,0-28,2)
Deltakelse i andre aktiviteter ukentlig	41,6 (40,9-42,4)	41,8 (40,8-42,8)	53,0 (52,3-53,7)	57,5 (57,0-58,1)	52,0 (51,4-52,6)	53,9 (53,3-54,5)
Plaget av støy fra trafikk hjemme	7,9 (7,4- 8,3)	6,6 (6,1-7,2)	10,8 (10,4-11,2)	9,5 (9,1-9,8)	7,5 (7,1-7,8)	9,7 (9,3-10,0)
Plaget av annen støy hjemme	9,4 (8,9-9,9)	6,4 (5,9-6,9)	9,7 (9,3-10,1)	8,8 (8,4-9,1)	7,6 (7,3-8,0)	10,6 (10,2-11,0)
Opplever middels eller høy grad av sosial støtte	88,5 (88,0-89,0)	89,6 (89,0-90,3)	87,7 (87,3-88,1)	89,2 (88,8-89,5)	88,3 (87,9-88,7)	89,7 (89,3-90,1)

³³ I Hordaland og Sogn og Fjordane var svaralternativene på både dette og etterfølgende spørsmål «Aldri», «1-3 ganger per måned», «Ukentlig», «Daglig». I Troms og Finnmark og i Agder kom de i motsatt rekkefølge, og det var lagt til en ekstra kategori: «Daglig», «Ukentlig», «1-3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri».

Utfallsmål	Fylke					
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Sukkerholdig brus eller leskedrikk – sjelden eller aldri	47,2 (46,4-47,9)	42,1 (41,1-43,1)	40,8 (40,1-41,4)	40,2 (39,6-40,8)	44,3 (43,7-44,9)	42,0 (41,4-42,6)
Frukt og bær daglig	33,8 (33,1-34,6)	32,3 (31,3-33,3)	25,2 (24,7-25,8)	29,3 (28,7-29,8)	25,0 (24,4-25,5)	29,4 (28,8-29,9)
Grønnsaker daglig	45,1 (44,4-45,9)	41,5 (40,5-42,5)	32,7 (32,1-33,4)	36,8 (36,2-37,3)	34,6 (34,0-35,3)	40,0 (39,4-40,7)
Fisk én gang i uken eller oftere	74,6 (73,9-75,2)	77,9 (77,0-78,7)	81,3 (80,7-81,8)	76,0 (75,5-76,5)	84,9 (84,4-85,3)	79,4 (78,9-79,9)
Røyking daglig	8,7 (7,3-9,2)	8,4 (7,8-8,9)	10,0 (9,6-10,4)	9,2 (8,8-9,5)	9,0 (8,6-9,4)	7,9 (7,6-8,3)
Snusing daglig	11,5 (10,8-12,2)	10,3 (9,7-11,0)	14,8 (14,3-15,2)	11,0 (10,6-11,4)	15,5 (15,0-16,0)	11,4 (11,0-11,8)
Drikker alkohol 2 gg i uken eller oftere	21,8 (21,3-22,3)	13,8 (13,1-14,5)	18,8 (18,3-19,3)	19,6 (19,1-20,1)	20,6 (20,1-21,1)	22,2 (21,7-22,7)
Månedlig 6 enheter alkohol eller mer ved en og samme anledning	16,3 (15,8-16,7)	13,1 (12,4-13,7)	17,6 (17,1-18,1)	19,6 (19,1-20,1)	15,8 (15,4-16,3)	19,2 (18,7-19,7)
Har fedme (KMI 30+)			20,7 (20,2-21,3)	19,5 (19,1-20,0)	21,5 (21,0-22,0)	16,2 (15,7-16,7)
Fysisk aktiv – andpusten og svett – minst 4 gg per uke minst ½ time			20,6 (20,0-21,1)	18,2 (17,7-18,6)	20,0 (19,5-20,5)	22,4 (21,9-23,0)
Antall timer stillesitting per dag i hverdagen			6,61 (6,56-6,65) gjennomsnitt	6,47 (6,43-6,51) gjennomsnitt	6,79 (6,75-6,83) gjennomsnitt	6,88 (6,84-6,92) gjennomsnitt
Vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til			21,4 (20,8-22,0)	20,8 (20,3-21,3)	19,4 (18,9-20,0)	16,8 (16,3-17,2)
Mer enn to år siden hos tannlege eller tannpleier	10,4 (10,0-10,9)	11,4 (10,8-12,1)	15,9 (15,4-16,4)	10,8 (10,4-11,2)	14,3 (13,8-14,7)	9,4 (9,0-9,8)

Utfallsmål	Fylke					
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Svært god eller god tannhelse			67,4 (66,8-68,0)	74,7 (74,2-75,2)	69,5 (68,9-70,1)	76,4 (75,9-77,0)
Stor grad av trivsel i nærmiljøet	73,2 (72,5-73,9)	70,5 (69,5-71,4)	72,1 (71,5-72,7)	75,5 (75,0-76,0)	70,9 (70,4-71,5)	76,6 (76,0-77,1)
Føler seg i stor grad trygge i nærmiljøet	86,0 (85,4-86,5)	87,4 (86,7-88,1)	86,4 (85,9-86,8)	85,1 (84,7-85,6)	85,9 (85,5-86,4)	84,8 (84,3-85,2)
Svært fornøyd eller fornøyd med tilværelsen	78,2 (77,6-78,9)	79,8 (78,9-80,6)	75,5 (74,9-76,1)	78,6 (78,1-79,1)	75,1 (74,6-75,7)	77,9 (77,4-78,4)
Plaget av søvnproblemer siste uke			14,1 (13,6-14,6)	14,8 (14,4-15,2)	16,0 (15,5-16,5)	13,9 (13,4-14,3)
Utsatt for skade som medførte bruk av lege eller tannlege i løpet av siste 12 måneder	18,3 (17,7-18,9)	18,8 (18,0-19,6)	17,2 (16,7-17,8)	17,6 (17,2-18,1)	17,9 (17,4-18,4)	16,0 (15,5-16,4)
Svært god eller god helse	75,9 (75,2-76,6)	76,1 (75,3-77,0)	69,8 (69,2-70,4)	72,4 (71,9-73,0)	70,1 (69,5-70,7)	75,7 (75,2-76,2)
Hverdagen i stor grad påvirket på grunn av helseproblemer			11,7 (11,3-12,1)	11,4 (11,0-11,8)	12,0 (11,6-12,4)	9,2 (8,9-9,6)
Stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade			6,1 (5,7-6,4)	6,1 (5,8-6,4)	5,8 (5,5-6,1)	4,6 (4,3-4,8)
Høy skår på psykiske plager (HSCL-5 > 2,00)	12,5 (12,1-12,9)	9,6 (9,0-10,2)	13,1 (12,6-13,5)	13,6 (13,2-14,1)	12,7 (12,3-13,2)	12,3 (11,9-12,7)
Sammen med gode venner ukentlig eller oftere			64,2 (63,5-64,8)	65,0 (64,4-65,6)	61,6 (61,0-62,3)	57,5 (56,9-58,1)

Utfallsmål	Fylke					
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland
	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10
Psykiske plager (HSCL-5)	1,46 (1,45-1,47)	1,42 (1,41-1,43)	1,50 (1,49-1,51)	1,52 (1,51-1,53)	1,50 (1,49-1,50)	1,50 (1,50-1,51)
Fornøyd med livet			7,53 (7,50-7,55)	7,59 (7,57-7,62)	7,48 (7,46-7,51)	7,54 (7,51-7,56)
Livet meningsfylt			7,52 (7,49-7,55)	7,56 (7,53-7,58)	7,50 (7,47-7,53)	7,49 (7,46-7,51)
Negative følelser siste 7 dager) (meanscore)			3,13 (3,10-3,16)	3,17 (3,14-3,20)	3,14 (3,12-3,17)	3,02 (3,00-3,05)
Positive følelser siste 7 dager) (meanscore)			7,00 (6,97-7,02)	6,98 (6,96-7,01)	7,00 (6,97-7,02)	6,96 (6,94-6,98)
Ensom			2,23 (2,19-2,26)	2,20 (2,17-2,23)	2,21 (2,17-2,24)	1,94 (1,91-1,97)
Støttende og givende sosiale relasjoner, bidrar til andres lykke og livskvalitet (meanscore)			7,30 (7,27-7,32)	7,43 (7,40-7,45)	7,28 (7,25-7,31)	7,45 (7,43-7,48)
Folk flest er til å stole på			7,01 (6,98-7,04)	7,23 (7,21-7,26)	7,09 (7,06-7,12)	7,24 (7,21-7,26)
Høre til på stedet			7,44 (7,40-7,47)	7,43 (7,40-7,46)	7,60 (7,57-7,64)	7,46 (7,43-7,49)
Trygg på stedet			9,16 (9,14-9,17)	8,96 (8,94-8,98)	9,16 (9,14-9,18)	8,92 (8,90-8,94)
Engasjert			6,42 (6,39-6,45)	6,48 (6,45-6,51)	6,36 (6,33-6,39)	6,34 (6,31-6,37)

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Desember 2020
Postboks 222 Skøyen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no